**FORMULARZ REKRUTACYJNY–OSOBA NIESAMODZIELNA**

|  |  |
| --- | --- |
| TYTUŁ PROJEKTU | **„Opieka domowa i rehabilitacja osób niesamodzielnych z Rudy Śląskiej i Świętochłowic”** |
| Nr projektu | RPSL.09.02.06-24-077B/16 |
| Oś priorytetowa | IX. Włączenie społeczne |
| Działanie | 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne |
| Poddziałanie | 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych – konkurs |
| Projektodawca | GSU POMOC GÓRNICZY KLUB UBEZPIECZONYCH S.A. |

Projekt *„Opieka domowa i rehabilitacja osób niesamodzielnych z Rudy Śląskiej i Świętochłowic” finansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.*

Proszę zakreślić odpowiedź znakiem X oraz wpisać wymagane informacje w oznaczonych polach.

**Dane osobowe:**

Imię i nazwisko : …………………………………………………………………………………………………………….

Data urodzenia : …………………………………………………………………….. Wiek……………………………..

Miejsce zamieszkania : ……-……………………………………………………………………………………………..

(kod pocztowy) (miejscowość) (ulica) (nr domu)(nr mieszkania)

Telefon kontaktowy : …………………………………………e-mail:………………………………………………….

Numer PESEL: ……………………………………………………………………………………………………………….

Płeć

□ kobieta □ mężczyzna

Wykształcenie:

□ niższe niż podstawowe (brak wykształcenia)

□ podstawowe (wykształcenie na poziomie szkoły podstawowej)

□ gimnazjalne (wykształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej)

□ ponadgimnazjalne (wykształcenie na poziomie szkoły średniej lub zasadnicze zawodowe)

□ policealne (wykształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)

□ wyższe (wykształcenie na poziomie szkoły wyższej)

**Status osoby na rynku pracy w chwili wypełniania formularza:**

**□** Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji powiatowego urzędu pracy,

w tym **□** osoba długotrwale bezrobotna

**□** Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji powiatowego urzędu pracy,

w tym **□** osoba długotrwale bezrobotna

**□** Osoba bierna zawodowo,

W tym **□** Osoba nieuczestnicząca się w kształceniu lub szkoleniu

**□** Osoba ucząca się

**□** Osoba pracująca to

W tym **□** pracująca w administracji rządowej

**□**  pracująca w administracji samorządowej

**□** pracująca w dużym przedsiębiorstwie

**□** pracująca w MMSP

**□** pracująca w organizacji pozarządowej

**□** prowadząca działalność na własny rachunek

**□** inne

Wykonywany zawód: ………………………………………………………………………………………………………

Miejsce pracy: ………………………………………………………………………………………………………………..

(nazwa i adres siedziby)

………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Status szczególny uczestnika projektu**

1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

□ tak □ nie □ odmawiam podania danych

2. . Osoba z niepełnosprawnościami

□ tak □ nie □ odmawiam podania danych

( osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z. 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)

3. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

□ tak □ nie □ odmawiam podania danych

4. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących

□ tak □ nie □ odmawiam podania danych

5. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu

□ tak □ nie □ odmawiam podania danych

6. Osoba żyjąca w gospodarstwie domowym składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu

□ tak □ nie □ odmawiam podania danych

7. Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione) (dane wrażliwe)

□ tak □ nie □ odmawiam podania danych

**Sytuacja domowa**

Liczba osób w rodzinie : …………….

Liczba osób pracujących w rodzinie : …………..

Liczba dzieci w rodzinie : …………..

Czy opiekuje się Panią/Panem osoba spokrewniona lub niespokrewniona?

□ tak ………………………………………………………

( Imię i nazwisko opiekuna faktycznego)

□ nie

**Oświadczenia kandydata/ki do projektu**

Ja niżej podpisany/-a oświadczam że:

Moim miejscem zamieszkania/pobierania nauki lub pracy jest ………………………………………………………………………………….. (nazwa miejscowości)

Przebywałem/am w szpitalu w okresie ostatnich 3 miesięcy

□ tak □ nie

**Deklaruję przynależność do jednej lub kilku wskazanych poniżej grup (zaznaczyć właściwą/właściwe):**

🔾 osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jeden z warunków określonych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej

🔾 osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym w związku z czym załączam zaświadczenie z właściwej instytucji

🔾 osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej w związku z czym załączam zaświadczenie z właściwej instytucji, zaświadczenie od kuratora lub wyrok sądu

🔾 osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982r. o postępowaniu w sprawach nieletnich w związku z czym załączam zaświadczenie od kuratora; zaświadczenie z zakładu poprawczego lub innej instytucji czy organizacji społecznej zajmującej się pracą z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym; kopię postanowienia sądu lub inny dokument potwierdzający zastosowanie środków zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości;

🔾 osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty w związku z czym załączam zaświadczenie z ośrodka wychowawczego/ młodzieżowego/ socjoterapii

🔾 osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.) w związku z czym załączam odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia

W tym: 🔾 osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

🔾 osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi

🔾 osoby z innym niż wskazane powyżej rodzajem niepełnosprawności

🔾 rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością w związku z czym załączam odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia

🔾 osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy w związku z czym załączam zaświadczenie z PUP

🔾 **osoby niesamodzielne** , tj. osoby, które ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego w związku z czym załączam zaświadczenie od lekarza oraz odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia

🔾 osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w związku z czym załączam zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację np. kopia wyroku sądowego, pismo ze spółdzielni o zadłużeniu

🔾 osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020

Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w REGULAMINIE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Opieka domowa i rehabilitacja osób niesamodzielnych z Rudy Śląskiej i Świętochłowic” i deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wyłącznie na cele projektowe.

Zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.

Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.

Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym – Osoba Niesamodzielna są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

W przypadku wskazania statusu osoby z niepełnosprawnością załącznikiem do Formularza Rekrutacyjnego – Osoba Niesamodzielna jest orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność.

………………………………………… …………………………………

(miejscowość, data) (podpis)

**Wymagane załączniki:**

* Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia osoby zainteresowanej projektem\*
* Karta oceny w skali Barthel\*
* Wypis ze szpitala (w przypadku osób przebywających w szpitalu w ciągu ostatnich 3 miesięcy)
* Inne wymagane dokumenty (jeśli dotyczą)

**WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU**

Data przyjęcia formularza…………………………………….....Godzina……………………………………..

………………………………………

podpis osoby przyjmującej

\*wszystkie druki dostępne są na stronach internetowych [www.gsupomoc.pl](http://www.gsupomoc.pl) i [www.gsu-zdrowie.pl](http://www.gsu-zdrowie.pl) oraz w Poradni GSU Zdrowie w Rudzie Śląskiej ul. Ks. Ludwika Tunkla 112 a