**Nr rekrutacyjny ………………………………**

**Data i godzina złożenia formularza:……………………………….**

**Podpis osoby przyjmującej formularz………………………..**

**Rodzaj wsparcia: Kandydat na Opiekuna**

**Formularz rekrutacyjny do projektu**

**„Czas na wsparcie!”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wnioskodawca** | **Fundacja Rodzinna Stacja, ul. Główna 38/4, 58-312 Stare Bogaczowice** |
| **Tytuł/nr** **projektu** | **„Czas na wsparcie!”**  **FEDS.07.07-IP.02-0056/23** |
| **Priorytet** | **Priorytet 7 Fundusze Europejskie na rzecz rynku pracy i włączenia społecznego na Dolnym Śląsku** |
| **Działanie** | **Działanie 7.7 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych** |

**UWAGA:**

1. Formularz do projektu powinien być wypełniony elektronicznie lub odręcznie w sposób czytelny oraz powinien być podpisany w miejscach do tego wskazanych.
2. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę (obok skreślenia) a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
3. Każde pole formularza powinno zostać wypełnione, w przypadku gdy dane pole nie dotyczy Kandydata, należy umieścić adnotację „nie dotyczy”.
4. Przed złożeniem wypełnionego formularza Kandydat powinien zapoznać się z regulaminem Uczestnictwa w projekcie pn. „Czas na wsparcie!”.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I CZĘŚĆ: DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI** | | | | | | | | | | |
| **Imię:** | |  | | | | | | | | |
| **Nazwisko:** | |  | | | | | | | | |
| **PESEL:** | |  | | | | | | | | |
| **Wykształcenie:** | | ☐ **Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2)**  ☐ **Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)**  ☐ **Wyższe (ISCED 5–8)** | | | | | | | | |
| **Miejsce zamieszkania:** | | | | | | | | | | |
| **Województwo:** | |  | | | | | | | | |
| **Powiat:** | |  | | | | | | | | |
| **Gmina:** | |  | | | | | | | | |
| **Miejscowość:** | |  | | **Kod pocztowy:** | | | |  | | |
| **Obszar** | | ☐ **miejski** | | | | ☐ **wiejski** | | | | |
| **Ulica:** | |  | | | | | | | | |
| **Nr budynku:** |  | **Nr lokalu:** | | |  | | | | | |
| **Telefon kontaktowy:** | | |  | | | | | | | |
| **Adres e-mail** | | |  | | | | | | | |
| **Status Uczestnika/Uczestniczki projektu w chwili przystąpienia do projektu** | | | | | | | | | | |
| **Status** **osoby na rynku pracy  w chwili przystąpienia do projektu**: | ☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | ☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | | | | | | |
| **w tym:** | | ☐ osoba długotrwale bezrobotna[[1]](#footnote-1)  ☐ inne …………………………………………………………….. | | | | | | | |
| ☐ osoba bierna zawodowo[[2]](#footnote-2) | | **w tym:** | | | | ☐ osoba ucząca się  ☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub  szkoleniu ☐ inne | | | |
| ☐ osoba pracująca | | **W tym:** | | | | ☐w administracji rządowej  ☐ w administracji samorządowej ( z wyłączeniem szkół i placówek oświaty)  ☐ w MMŚP *(mikro, małych, średnich przedsiębiorstwach)*  ☐ w organizacji pozarządowej  ☐prowadząca działalność na własny rachunek  ☐w dużym przedsiębiorstwie[[3]](#footnote-3)  ☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą  ☐osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)  ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)  ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)  ☐ osoba pracująca na uczelni  ☐ osoba pracująca w instytucie naukowym  ☐ osoba pracująca w instytucie badawczym  ☐osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz  ☐osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym  ☐osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki  ☐osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej  ☐ inne | | | |
| **II CZĘŚĆ – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU W PROJEKCIE (kryteria formalne)**  Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria. Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie MUSI PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERA FORMALNE | | | | | | | | | | |
| Mieszkam na terenie powiatu kamiennogórskiego | | | ☐ Tak | | | | ☐ Nie | | | |
| Posiadam doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego na potwierdzenie przedkładam dokument/y/oświadczenia/zaświadczenia potwierdzające | | | ☐ Tak | | | | ☐ Nie | | | |
| **III CZĘŚĆ – KRYTERIA MERYTORYCZNE**  Proszę zaznaczyć X jeśli spełnia Pan/Pani kryteria merytoryczne (Jeśli należy Pan/Pani do grupy osób preferowanych do objęcia wsparciem to otrzyma Pan/Pani dodatkowe punkty w procesie rekrutacji. Jeśli nie spełnia Pan/Pani kryteriów preferowanych nadal możliwy jest udział w projekcie). | | | | | | | | | | |
| **Kryterium premiujące:** | | | | | | | | | | |
| Jestem osobą, która pełniła wolontariat na rzecz osób z niepełnosprawnością w Organizacji pozarządowej – (NGO) – weryfikacja na podstawie dokumentu od Podmiotu | | | ☐ Tak | | | | ☐ Nie | | ☐ +5 pkt | |
| **Kryterium pierwszeństwa:** | | | | | | | | | | |
| Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności  (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium) | | | ☐ Tak | | | | ☐ Nie | | ☐ +10 pkt | |
| Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną  (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium) | | | ☐ Tak | | | | ☐ Nie | | ☐ +10 pkt | |
| Osoba z niepełnosprawnością intelektualną  (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium) | | | ☐ Tak | | | | ☐ Nie | | ☐ +10 pkt | |
| Osoba z chorobami psychicznymi  (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium) | | | ☐ Tak | | | | ☐ Nie | | ☐ +10 pkt | |
| Osoba z całościowym zaburzeniem rozwojowym (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych) | | | ☐ Tak | | | | ☐ Nie | | ☐ +10 pkt | |
| Osoba lub rodziny korzystające z  Funduszu Europejskiego na Pomoc Żywnościową 2021-2027  (zaświadczenie z właściwego OPS lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium) | | | ☐ Tak | | | | ☐ Nie | | ☐ + 10 pkt | |
| Osoba samotna | | | ☐ Tak | | | | ☐ Nie | | ☐ + 10 pkt | |
| **CZĘŚĆ IV- INFORMACJA O UCZESTNIKU PROJEKTU** | | | | | | | | | | |
| Osoba z niepełnosprawnością | | | ☐ Tak  Orzeczenie ważne do ………………… | | | | ☐ Nie | | | ☐ Odmawiam  podania  informacji |
| **w tym[[4]](#footnote-4)**: | | | osoba z niepełnosprawnością: | | | | | | | |
| ☐ sprzężoną  ☐ intelektualną | | | | | | | |
| W przypadku osoby z niepełnosprawnością prosimy o informacje dotyczące posiadanego orzeczenie o niepełnosprawności i/lub zdolności do pracy | | | Zakład Ubezpieczeń Społecznych: | | | | Powiatowy zespół orzekania o niepełnosprawności: | | | |
| ☐ częściowa niezdolność do pracy  ☐ całkowita niezdolność do pracy  ☐ całkowita niezdolność do pracy i samodzielniej egzystencji ☐ nie posiadam orzeczenia w tym zakresie | | | | ☐ niepełnosprawność w stopniu lekkim  ☐ niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym  ☐ niepełnosprawność w stopniu znacznym | | | |
| Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym[[5]](#footnote-5) | | | ☐ Tak | | | | ☐ Nie | | | |
| Osoba należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | ☐ Tak | | | | ☐ Nie | | | ☐ Odmawiam  podania  informacji |
| Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | ☐ Tak | | | | ☐ Nie | | | ☐ Odmawiam  podania  informacji |

* Oświadczam, że do formularza zgłoszeniowego załączam CV.

**Ja, niżej podpisany/a\* oświadczam, że:**

1. Zgłaszam chęć udziału w Projekcie PT. ”Czas na wsparcie!” współfinansowanym z programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021–2027 (FEDS 2021–2027), Europejski Fundusz Społeczny PLUS, Priorytet 7 Fundusze Europejskie na rzecz rynku pracy i włączenia społecznego na Dolnym Śląsku

Działanie 7.7 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych

1. Zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt: „Czas na wsparcie!” jest współfinansowany z programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021–2027 (FEDS 2021–2027), Europejski Fundusz Społeczny PLUS,
2. Akceptuję fakt, że złożone przeze mnie dokumenty rekrutacyjne nie są równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora projektu.
3. Zapoznałem/-am się z Regulaminem w/w Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim.
4. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Realizatora projektu.
5. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb realizacji programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021–2027, zgodnie z art. 29 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) – dalej **RODO.**
7. Nie jestem zatrudniony/-a na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę oraz na podstawie umów prawa cywilnego, a także nie prowadzę działalności gospodarczej ani rolniczej.
8. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (email).
9. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.
10. Zostałem poinformowany/a\* o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej).
11. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej (np. podjęcie zatrudnienia).
12. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie: ”Czas na wsparcie!” oraz zgodę na udział w procesie rekrutacyjnym.
13. **Świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym do projektu są zgodne z prawdą.**
14. W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie: „”Czas na wsparcie!” zgłaszam potrzebę/y wynikające z posiadanej niepełnosprawności lub wynikające z innych potrzeb związanych z udziałem w przedmiotowym projekcie:

☐ Tak, proszę napisać jaką/jakie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...........

☐ Nie

…….................................................

Data i podpis Kandydata/Kandydatki

.

1. Osoba długotrwale bezrobotna to osoba pozostająca bez zatrudnienia w okresie nie krótszym niż 6 miesięcy w przypadku osób do 24 roku życia i osoba pozostająca bez zatrudnienia w okresie nie krótszym niż 12 miesięcy w przypadku osób powyżej 24 roku życia [↑](#footnote-ref-1)
2. Osoba bierna zawodowo — Osoby bierne zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie są osobami pracującymi ani bezrobotnymi). [↑](#footnote-ref-2)
3. Duże przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo zatrudniające powyżej 249 pracowników [↑](#footnote-ref-3)
4. **Jeśli dotyczy** [↑](#footnote-ref-4)
5. **Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem to:a) osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 163); b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 43, poz. 225, z późn. zm.);c) 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 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 332, z późn. zm.); d) osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 382); e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.); f) osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. 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 (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375); g) 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; h) osoby korzystające z PO PŻ.** [↑](#footnote-ref-5)