

ZAŁĄCZNIK NR 1
DO REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
NR FEWM.09.04-IZ.00-0027/24

| Formularz zgłoszeniowy/rekrutacyjny | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|--|---|---|--|
| Nr projektu | | FEWM.09.04-IZ.00-0027/24 | | | | |
| Tytuł projektu | | Wsparcie asystenckie - szansą na lepsze życie w gminie wiejskiej i miejskiej Bartoszyce oraz mieście Ostróda | | | | |
| CZĘŚĆ I Dane kandydata/teki | | | | | | |
| Lp. | | Lp. | Nazwa | Dane Kandydata/Kandydatki | | |
| I | Dane osobowe | 1 | Imię | | | |
| | | 2 | Nazwisko | | | |
| | | 3 | Płeć | <input type="checkbox"/> kobieta | <input type="checkbox"/> mężczyzna | |
| | | 3 | PESEL | | | |
| | | 4 | Wykształcenie | <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) | <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) | |
| | | | | <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) | <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) | |
| | | | | <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) | <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8) | |
| II | Adres zamieszkania | 1 | Ulica | | | |
| | | 2 | Nr domu | | | |
| | | 3 | Nr lokalu | | | |
| | | 4 | Miejscowość | | | |
| | | 5 | Teren | <input type="checkbox"/> miejski | <input type="checkbox"/> wiejski | |
| | | 6 | Kod pocztowy | | | |
| | | 8 | Nr telefonu | | | |
| | | 9 | Adres e-mail | | | |
| | | | Preferowany kontakt pisemny | <input type="checkbox"/> poczta elektroniczna <input type="checkbox"/> poczta tradycyjna | | |
| III | Informacje dodatkowe | 1 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (w tym społeczności marginalizowane np. Romowie) | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |
| | | | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|
| | | | <p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej¹</p> <p>Jakiej? ?..... </p> | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |
| | | | <p>Osoba z niepełnosprawnościami</p> | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |
| | | | <p>Osoba pochodząca z krajów trzecich (obywatel kraju z poza UE lub bezpaństwowiec lub osoba bez ustalonego obywatelstwa)</p> | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |
| | | | <p>Osoba obcego pochodzenia (cudzoziemiec, który nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa innych krajów)</p> | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |
| | | | <p>W przypadku osób z niepełnosprawnościami – co możemy zrobić aby czuła się Pani/Pan u nas komfortowo?</p> | <p>dostępność architektoniczna na przykład: wejście na poziomie terenu wokół budynku, pochylnia, winda</p> | <input type="checkbox"/> tak |
| | | | | <p>przygotowanie materiałów informacyjnych/szkoleniowych wydrukowanych większą czcionką niż standardowa</p> | <input type="checkbox"/> tak |

¹Osoby w niekorzystnej sytuacji społecznej, w tym osoby zagrożone wykluczeniem społecznym tj: migranci, członkowie gospodarstw domowych bez osób pracujących, gospodarstw domowych bez osób pracujących z dziećmi na utrzymaniu, gospodarstwach domowych składających się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0, byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomne i wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby pochodzące z obszarów wiejskich, jeśli te cechy są za niekorzystne i powodują potrzebę specjalnej pomocy na rynku pracy.

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|------------------------------|
| | | | | tłumacz polskiego języka migowego (PJM) | <input type="checkbox"/> tak |
| | | | | tłumacz systemu językowo-migowego (SJM) | <input type="checkbox"/> tak |
| | | | | pętla indukcyjna | <input type="checkbox"/> tak |
| | | | | obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością | <input type="checkbox"/> tak |
| | | | | specjalne potrzeby żywieniowe | <input type="checkbox"/> tak |
| | | | | zapewnienie warunków dla psa asystującego | <input type="checkbox"/> tak |
| | | | | Inne (jaki)..... | |
| IV | Status osoby na rynku pracy w chwili składania formularza: | 1 | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy ² (wymagane dołączenie zaświadczenia z urzędu pracy); <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy ² (wymagane dołączenie zaświadczenie z ZUS); W tym osoba długotrwale bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy ³ : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | |

²**Osoba bezrobotna zarejestrowana/niezarejestrowana w urzędzie pracy** –spełniająca co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- osobazarejestrowana jako bezrobotna w urzędzie pracy (wymagane przedstawienie zaświadczenia z urzędu pracy),
- osoba aktywnie poszukująca zatrudnienia i gotowa do jego podjęcia(nawet jeśli nie jest zarejestrowana w urzędzie pracy), w tym osoba w wieku emerytalnym która osiągnęła wiek emerytalny i nie pobiera świadczeń emerytalnych oraz osoba pobierająca emeryturę lub rentę, które pozostaje bez pracy, ale jest gotowa do jej podjęcia i aktywnie poszukuje zatrudnienia (wymagane przedstawienie zaświadczenia z ZUS o braku składek z tytułu umowy o pracę/zlecenie oraz oświadczenie o gotowości do podjęcia pracy i aktywności w poszukiwaniu zatrudnienia).

³**osoba długotrwale bezrobotna** – Osoba długotrwale bezrobotna, to osoba bezrobotna pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych(wymagane przedstawienie zaświadczenia z urzędu pracy).

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|
| | | | 2 | <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo ⁴ (wymagane dołączenie zaświadczenia z ZUS) | <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne, jakże |
| | | | 3 | <input type="checkbox"/> osoba pracująca | <input type="checkbox"/> osoba samozatrudniona <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji publicznej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w mikroprzedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w małym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> rolnik |

⁴**Osoba bierna zawodowo** - osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie jest osobą pracującą ani bezrobotną). Za osoby bierne zawodowo uznawani są m.in.: a) studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu); b) doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie (wymagane przedstawienie zaświadczenia z ZUS o braku składek z tytułu umowy o pracę/zlecenie oraz oświadczenie o braku gotowości do podjęcia pracy i aktywności w poszukiwaniu zatrudnienia).

| | | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---|---------------------------------|----------------------------------|
| V | Preferencje | 1 | <input type="checkbox"/> osoba o znacznym st. niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> 0 pkt. | <input type="checkbox"/> 10 pkt. |
| | | | <input type="checkbox"/> osoba o umiarkowanym st. niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> 0 pkt. | <input type="checkbox"/> 10 pkt. |
| | | | <input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością sprzężoną | <input type="checkbox"/> 0 pkt. | <input type="checkbox"/> 10 pkt. |
| | | | <input type="checkbox"/> osoba zamieszkująca samotne | <input type="checkbox"/> 0 pkt. | <input type="checkbox"/> 10 pkt. |
| | | | <input type="checkbox"/> osoba korzystająca z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 | <input type="checkbox"/> 0 pkt. | <input type="checkbox"/> 5 pkt. |
| | | | <input type="checkbox"/> osoba 60+ mieszkająca z opiekunem, który zrezygnował z pracy ze względu na konieczność opieki nad seniorem | <input type="checkbox"/> 0 pkt. | <input type="checkbox"/> 2 pkt. |
| | | | <input type="checkbox"/> kobieta | <input type="checkbox"/> 0 pkt. | <input type="checkbox"/> 2 pkt. |
| | | | <input type="checkbox"/> osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu | | |
| | | | -higiena | <input type="checkbox"/> 0 pkt. | <input type="checkbox"/> 1 pkt. |
| | | | -ubieranie się/rozbieranie się | <input type="checkbox"/> 0 pkt. | <input type="checkbox"/> 1 pkt. |
| | | | -poruszanie | <input type="checkbox"/> 0 pkt. | <input type="checkbox"/> 1 pkt. |
| -jedzenie | <input type="checkbox"/> 0 pkt. | <input type="checkbox"/> 1 pkt. | | | |
| -kontrola fizjologicznych funkcji organizmu | <input type="checkbox"/> 0 pkt. | <input type="checkbox"/> 1 pkt. | | | |
| <input type="checkbox"/> osoba wykluczona komunikacyjnie | <input type="checkbox"/> 0 pkt. | <input type="checkbox"/> 2 pkt. | | | |
| VI | Status prawny Kandydata/tki | 1 | Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

Część II Oświadczenia kandydata/teki

Ja, niżej podpisany/a,

.....
Imię i nazwisko

OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU

1. Oświadczam, że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (m.in. z powodu wieku, niepełnosprawności czy długotrwałej choroby).
2. Świadom/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym „Formularzu zgłoszeniowym/rekrutacyjnym” i Oświadczeniach, będących załącznikami do Formularza zgłoszeniowego/rekrutacyjnego są zgodne z prawdą i aktualne.
3. Oświadczam, że na dzień przystąpienia do projektu spełniam wymogi kwalifikacyjne do projektu.
4. Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, że projekt jest finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata/teki na Uczestnika/czkę projektu