



FORMULARZ REKRUTACYJNY

Wypełnia Beneficjent Projektu:

BENEFICJENT	PLATA PIOTR SIERZPUTOWSKI
TYTUŁ PROJEKTU	Godna opieka na co dzień - wsparcie mieszkańców Subregionu Kędzierzyńsko-Strzeleckiego Województwa Opolskiego
NR PROJEKTU	FEOP.07.01-IZ.00-0036/23
WPŁYNĘŁO DNIA	
PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ	

Wypełnia Uczestnik/Uczestniczka:

I. DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI (PROSIMY O WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH PÓŁ FORMULARZA CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI)						
IMIĘ (IMIONA)						
NAZWISKO						
PŁEĆ	☐ KOBIEȚA	☐ MĘŻCZYZNA				
PESEL	(Proszę o wpisanie nr pesel jedna cyfra w jednym kwadracie)					
DATA URODZENIA						
MIEJSCE URODZENIA						
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU						
WYKSZTAŁCENIE (Proszę zaznaczyć jeden kwadrat)	☐ Niższe niż podstawowe (ISCED0)	☐ Podstawowe (ISCED1)	☐ Gimnazjalne (ISCED2)	☐ Ponadgimnazjalne (ISCED3)	☐ Policealne (ISCED4)	☐ Wyższe (ISCED5)



II. DANE KONTAKTOWE			
ADRES ZAMIESZKANIA ¹			
WOJEWÓDZTWO	OPOLSKIE		
POWIAT			
GMINA			
MIEJSCOWOŚĆ			
ULICA			
NR DOMU		NR LOKALU	
KOD POCZTOWY			
TELEFON KONTAKTOWY			
E-MAIL			
ADRES DO KORESPONDENCJI (NALEŻY WYPEŁNIĆ, JEŚLI JEST INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA)			
ULICA			
NR DOMU		NR LOKALU	
MIEJSCOWOŚĆ			
KOD POCZTOWY			

¹ Według wykładni Kodeksu cywilnego. W projekcie mogą wziąć udział wyłącznie osoby zamieszkujące w rozumieniu KC teren Subregionu Kędzierzyńsko-Strzeleckiego WO.



III. STATUS NA RYNKU PRACY

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:

(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNI KWADRAT TAK/NIE)

Osoba bierna zawodowo - osoba, która w danej chwili nie pracuje, nie jest zarejestrowana w urzędzie pracy i nie poszukuje pracy².

☐ Tak

☐ Nie

IV. STATUS SPOŁECZNY

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:

(Proszę zaznaczyć kwadraty w jednej z pozycji 1 – 5)

1.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia.	☐ Tak	☐ Nie
2.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań.	☐ Tak	☐ Nie
3.	Osoba z niepełnosprawnościami ³ .	☐ Tak	☐ Nie
	Specjalne potrzeby wynikające np. z niepełnosprawności:	☐ Tak (krótki opis) ☐ Nie	
4.	Status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ⁴ .	☐ Tak	☐ Nie
5.	Status osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.	☐ Tak	☐ Nie

² Należy załączyć stosowne zaświadczenie z ZUS.

³ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć odpowiednie orzeczenie lekarskie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. Osoba z niepełnosprawnościami – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2023 poz. 100 ze zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123).

⁴ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć odpowiednie zaświadczenie lekarskie lub inny dokument potwierdzający status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.



V. KRYTERIA		
KRYTERIA DOSTĘPU		
OŚWIADCZAM, IŻ NALEŻĘ DO NASTĘPUJĄCYCH GRUP OSÓB:		
Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:	☐ Tak	☐ Nie
Osoba zamieszkująca w obszarze subregionu kędzierzyńsko-strzeleckim:	☐ Tak	☐ Nie
Powiat kędzierzyńsko-kozielski:	☐ Tak	☐ Nie
Bierawa (gmina wiejska)	☐ Tak	☐ Nie
Cisek (gmina wiejska)	☐ Tak	☐ Nie
Kędzierzyn-Koźle (gmina miejska)	☐ Tak	☐ Nie
Pawłowiczki (gmina wiejska)	☐ Tak	☐ Nie
Polska Cerekiew (gmina wiejska)	☐ Tak	☐ Nie
Reńska Wieś (gmina wiejska)	☐ Tak	☐ Nie
Powiat strzelecki:	☐ Tak	☐ Nie
Jemielnica (gmina wiejska)	☐ Tak	☐ Nie
Kolonowskie (gmina miejsko-wiejska)	☐ Tak	☐ Nie
Leśnica (gmina miejsko-wiejska)	☐ Tak	☐ Nie
Strzelce Opolskie (gmina miejsko-wiejska)	☐ Tak	☐ Nie
Ujazd (gmina miejsko-wiejska)	☐ Tak	☐ Nie
Zawadzkie (gmina miejsko-wiejska)	☐ Tak	☐ Nie
Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:	☐ Tak	☐ Nie
Osoba powyżej 60 roku życia:	☐ Tak	☐ Nie
KRYTERIA PREMIUJĄCE:		
OŚWIADCZAM, IŻ NALEŻĘ DO NASTĘPUJĄCYCH GRUP OSÓB:		
Kobieta:	☐ Tak	☐ Nie
Osoba zamieszkująca na terenach wiejskich:	☐ Tak	☐ Nie
Osoba zamieszkująca na terenie OSI dla Subregionu Kędzierzyńsko-Strzeleckiego woj. opolskiego:	☐ Tak	☐ Nie



PIERWSZEŃSTWO W PROJEKCIE:		
Osoba posiadająca niepełnosprawność o stopniu: znacznym umiarkowanym	☐ Tak	☐ Nie
	☐ Tak	☐ Nie
	☐ Tak	☐ Nie
Osoba korzystająca z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową:	☐ Tak	☐ Nie
Osoba zamieszkująca samotnie:	☐ Tak	☐ Nie

.....
Data i podpis Kandydata/-ki

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. Nie uczestniczę i nie będę uczestniczyć w innym projekcie w ramach Priorytetu nr 7 Fundusze Europejskie wspierające usługi społeczne i zdrowotne w opolskim Działania nr 7.1 - Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS, ani projektach podobnych mogących skutkować podwójnym finansowaniem otrzymywanego wsparcia. Nie mam dostępu do świadczeń gwarantowanych.
2. Podane przeze mnie dane zawarte w niniejszym dokumencie, jak również w innych dokumentach dołączonych do niniejszego formularza zgłoszeniowe są prawdziwe i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach w tym np. o zmianie: nr telefonu, adresu, statusu na rynku pracy.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz z załącznikami do ww. regulaminu i w pełni akceptuję jego warunki.

.....
Data i podpis Kandydata/-ki

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na*:

- ☐ wiek,
- ☐ stan zdrowia
- ☐ niepełnosprawność

i wymagam opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

.....
Data i podpis Kandydata/-ki
*proszę zaznaczyć właściwe



OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW OBLIGATORYJNYCH UDZIAŁU W PROJEKCIE

Oświadczam, że spełniam kryteria obligatoryjne udziału w projekcie pn. „Godna opieka na co dzień - wsparcie mieszkańców Subregionu Kędzierzyńsko-Strzeleckiego Województwa Opolskiego” tzn:

1. Jestem osobą mieszkającą na obszarze **subregionu kędzierzyńsko-strzeleckiego**.
2. Jestem osobą **zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym**.
3. Jestem osobą **potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**.
4. Jestem osobą **powyżej 60 roku życia**.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Kandydata/-ki

OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM

Oświadczam, iż zapoznałam/-em się z Regulaminem Rekrutacji do projektu pn. „Godna opieka na co dzień - wsparcie mieszkańców Subregionu Kędzierzyńsko-Strzeleckiego Województwa Opolskiego” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.

.....
Miejscowość

.....
Data i podpis Kandydata/-ki

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTYWANIE WIZERUNKU

W związku z udziałem w projekcie pn. „Godna opieka na co dzień - wsparcie mieszkańców Subregionu Kędzierzyńsko-Strzeleckiego Województwa Opolskiego” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS, wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku do celów związanych z promocją projektu. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, że fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas zajęć mogą być zamieszczone na stronie internetowej projektu oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych. Podpisanie jest dobrowolne.

.....
Miejscowość

.....
Data i podpis Kandydata/-ki

Oświadczenie osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny

Ja niżej podpisany/-a oświadczam zgodność oświadczenia danych osobowych ze stanem faktycznym na podstawie przedstawionego dowodu osobistego, w tym zgodność nr pesel:

.....

Potwierdzono z dokumentem tożsamości.

.....
Data i podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny/opiekuna