Miejscowość, data: ………………………………

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY   
do udziału w Projekcie pn.  
Dzienny Dom Pomocy w Radomyślu Wielkim**

**Data wpływu formularza …………………………………  
Podpis …………………………………………………………….** (wypełnia pracownik)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA** | | | | | | |
| Imię (imiona) i nazwisko | |  | | | | |
| Data urodzenia | |  | | Wiek w chwili przystąpienia do projektu: | |  |
| PESEL | |  | | Płeć | | Kobieta Mężczyzna |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | | | |
| Ulica | |  | | | | |
| Numer domu | |  | Numer lokalu | | |  |
| Miejscowość | |  | Kod pocztowy | | |  |
| Gmina | |  | Powiat | | |  |
| Województwo | |  | Obszar | | | obszar wiejski obszar miejski |
| Telefon stacjonarny | |  | Telefon komórkowy | | |  |
| Adres e-mail | |  | | | | |
| **DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ (JEŚLI DOTYCZY)** | | | | | | |
| Imię i nazwisko |  | | | | | |
| Adres zamieszkania |  | | | | | |
| Nr telefonu |  | | | | | |
| Adres e-mail |  | | | | | |
| **STATUS UCZESTNIKA** | | | | | | |
| 1. Wykształcenie | | | | | * Brak * Podstawowe * Gimnazjalne * Ponadgimnazjalne * Zasadnicze zawodowe * Pomaturalne * Wyższe | |
| 1. Jestem członkiem mniejszości etnicznej lub narodowej, migrantem, osobą obcego pochodzenia. | | | | | TAK NIE | |
| 1. Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań. | | | | | TAK NIE | |
| 1. Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu. | | | | | TAK NIE | |
| 1. Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) | | | | | TAK NIE  Jeśli tak napisać jakiej: ……………………………………... ………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………….. | |
| **KRYTERIA UDZIAŁU W DZIENNYM DOMU POMOCY** | | | | | | |
| **Kryteria dostępu** | | | | | | |
| 1. Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.[[1]](#footnote-1) | | | | | TAK NIE | |
| 1. Wiek poprodukcyjny na dzień przystąpienia do projektu  (dla Kobiet powyżej 60 r.ż., dla Mężczyzn powyżej 65 r.ż.)[[2]](#footnote-2) | | | | | TAK NIE | |
| 1. Zamieszkanie na terenie gm. Radomyśl Wielki[[3]](#footnote-3) | | | | | TAK NIE | |
| **Kryteria prem.** | | | | | | |
| 1. Dochód nieprzekraczający 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ust. z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej. [[4]](#footnote-4) (Osoba samotnie gospodarująca – dochód do 1.051,50zł; Osoba w rodzinie, dochód na członka rodziny – 792,00zł) **[10pkt]** | | | | | TAK NIE | |
| 1. Wielokrotne wykluczenie (osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż 1 z przesłanek).[[5]](#footnote-5) **[5pkt]** | | | | | TAK NIE | |
| 1. Niepełnosprawność (osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowym zaburzeniem rozwoju).[[6]](#footnote-6) | | | | | TAK NIE   * Niepełnosprawność w stopniu lekkim **[3pkt]** * Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym **[6pkt]** * Niepełnosprawność w stopniu znacznym **[8pkt]** * Niepłn.. Sprzęż., os. z zabur. Psych., z niepłn. Intelk. I os. z całość. Zaburz. rozw. **[10pkt]** | |
| 1. Korzystanie z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa na lata 2014-2020 (osoby korzystające z PO PŻ, pod warunkiem, że zakres wsparcia dla tych osób nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ). [[7]](#footnote-7) **[5pkt]** | | | | | TAK NIE | |
| 1. Samodzielne prowadzenie gospodarstwa domowego.[[8]](#footnote-8) **[8pkt]** | | | | | TAK NIE | |

**Deklaracja uczestnika w projekcie:**

**Ja, niżej podpisana\y deklaruję uczestnictwo w projekcie „Dzienny Dom Pomocy w Radomyślu Wielkim” numer RPPK.08.03.00-18-0077/19, realizowanym przez Stowarzyszenie „Nasza Gmina”, współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.**

………………………………………………

(podpis)  
**Deklaracja zapoznania się z regulaminem:**

**Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem udziału w projekcie oraz, że zobowiązuję się do respektowania zawartych w nim postanowień.**

………………………………………………

(podpis)

**Oświadczenie o zgodności ww. danych z prawdą:**

**Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.**

………………………………………………

(data i podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie „Nasza Gmina” dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (RODO))

**KARTA KWALIFIKACYJNA \***

Na podstawie przeprowadzonego procesu rekrutacji oraz przedstawionych dokumentów

Komisja Rekrutacyjna w dniu ………………………..

Przyznała kandydatowi/kandydatce punkty w ilości …………………..

🞎 kwalifikuje 🞎 nie kwalifikuje

Imię i nazwisko kandydata ……………..………………………………………………………………..

do udziału w Dziennym Domu Pomocy w Radomyślu Wielkim.

Podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej:

1. Przewodniczący Komisji 2. Członek Komisji

………………………………… …..…………..………………..

*\*Wypełnia Komisja Rekrutacyjna*

1. Weryfikacja:

   Zaświadczenie lekarskie; [↑](#footnote-ref-1)
2. Dowód osobisty; [↑](#footnote-ref-2)
3. Oświadczenie; [↑](#footnote-ref-3)
4. Oświadczenie [↑](#footnote-ref-4)
5. Zaświadczenie z GOPS [↑](#footnote-ref-5)
6. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez właściwy dla miejsca zamieszkania PZON/ dokument równoważny, zaświadczenie lekarskie w przypadku os. z zaburz. psych. [↑](#footnote-ref-6)
7. Zaświadczenie z instytucji udzielającej pomocy w ramach PO PŻ. [↑](#footnote-ref-7)
8. Oświadczenie UP. [↑](#footnote-ref-8)