*Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY do Projektu pt. „Antidotum na samotność”**

*Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z „Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie” dostępnym na* [*www.dukla.przemyska.pl*](http://www.dukla.przemyska.pl) *lub w Biurze Projektu Parafia Rzymskokatolicka pw. Św. Marii Magdaleny w Dukli, ul. Trakt Węgierski 18, 38-450 Dukla.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr formularza rekrutacyjnego wg kolejności składania formularzy**  *(wypełnia Beneficjent)* | Data, godzina  …………………………………………………………….. |

**UWAGA:**

1. Formularz rekrutacyjny do Projektu powinien być wypełniony elektronicznie lub odręcznie drukowanymi literami w sposób czytelny i bez skreśleń długopisem koloru niebieskiego.

2. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedz.

3. Brak wymaganych informacji może skutkować przyznaniem mniejszej liczby punktów.

4. Prosimy o zachowanie kopii składanych dokumentów rekrutacyjnych ponieważ oryginał nie podlega zwrotowi.

5. Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć poprzez wstawienie w zaznaczone pole □ znaku: **X**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Imię i nazwisko** |  | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | **PESEL** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | **WIEK** |  |
| 3 | **Płeć** | Kobieta Mężczyzna | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | **Adres zamieszkania** | **Województwo** | | | | | |  | | | | | | | |
| **Powiat** | | | | | |  | | | | | | | |
| **Gmina** | | | | | |  | | | | | | | |
| **Kod Pocztowy** | | | | | |  | | | | | | | |
| **Miejscowość** | | | | | |  | | | | | | | |
| **Ulica** | | | | | |  | | | | | | | |
| **Nr domu** | | | | | |  | | | | | | | |
| **Nr lokalu** | | | | | |  | | | | | | | |
| **Obszar Zamieszkania** | | | | | | Miejski Wiejski | | | | | | | |
| 5 | **Dane kontaktowe** | **Telefon kontaktowy** | | | | | |  | | | | | | | |
| **Adres e-mailowy**  **(jeżeli posiada)** | | | | | |  | | | | | | | |
| 6 | **Wykształcenie** | niższe niż podstawowe podstawowe  gimnazjalne ponadgimnazjalne  policealne wyższe | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | **Status na rynku pracy** | |  |  | | --- | --- | |  | □ bezrobotny niezarejestrowany w ewidencji urzędów pracy  w tym:  □ osoba długotrwale bezrobotna  □ inne  ………………………….………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | |
| □ bezrobotny zarejestrowany w ewidencji urzędów pracy  w tym:  □ osoba długotrwale bezrobotna  □ inne  …………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | | |
| □ bierna zawodowo  w tym:  □ osoba ucząca się  □ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  □ inne  ………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | |
| □ osoba pracująca  w tym:  □ osoba pracująca w administracji rządowej  □ osoba pracująca w administracji samorządowej  □ osoba pracująca w MMŚP  □ osoba pracująca w organizacji pozarządowej  □ osoba pracująca działalność na własny rachunek  □ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie  □ inne  Wykonywany zawód *………………………………………………………………*  Zatrudniony/ w *………………………………………………………………………………………………*  *( Nazwa instytucji/przedsiębiorstwa )* | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | **Dodatkowe**  **Informacje** | Przynależę do mniejszości narodowej lub etnicznej lub migrant, osoba obcego pochodzenia  **Tak Nie Odmawiam odpowiedzi** | | | | | | | | | | | | | |
| Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  **Tak Nie** | | | | | | | | | | | | | |
| Posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności  **Tak Nie** | | | | | | | | | | | | | |
| Jestem osobą przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących  **Tak Nie**  w tym: osobą przebywającą w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu  **Tak Nie** | | | | | | | | | | | | | |
| Jestem osobą żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu  **Tak Nie** | | | | | | | | | | | | | |
| Jestem osobą mieszkającą samodzielnie w gospodarstwie domowym  **Tak Nie Odmawiam odpowiedzi** | | | | | | | | | | | | | |

**Ja niżej podpisany/a** p**ouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:**

**Oświadczam, że:**

1. wymagam konieczności pomocy z powodu, wieku, chorób, niepełnosprawności lub innych przyczyn (do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam zaświadczenie lekarskie wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2 )

**TTAK NIE**

2. posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności (do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam kserokopię orzeczenie),

**TAK NIE**

jeżeli tak to jest to niepełnosprawność w stopniu:

**LEKKIM UMIARKOWANYM ZNACZNYM**

*symbol przyczyny niepełnosprawności: …………...……*

*data ważności orzeczenia: ……………………… ……*

3. jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia (do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam oświadczenie wg wzoru stanowiącego załącznik nr 4 lub zaświadczenie z OPS),

**TAK NIE**

4. korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam oświadczenie wg wzoru stanowiącego załącznik nr 5 lub zaświadczenie OPS),

**TAK NIE**

5. jestem osobą samotnie gospodarującą,

**TAK NIE**

6. jestem osobą, której dochód nie przekracza obowiązującego 150% kryterium dochodowego[[1]](#footnote-1)

**TAK NIE**

7. jestem osobą zamieszkującą w rodzinie,w której dochód na osobę w rodzinie nie przekracza obowiązującego 150% kryterium dochodowego[[2]](#footnote-2)

**TAK NIE**

8. zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji i Udziału w Projekcie „Antidotum na samotność” i akceptuję jego warunki

**TAK NIE**

**Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 KK („ Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”) niniejszym oświadczam, że dane podane przeze mnie są zgodne z prawdą.**

**Oświadczam, że zostałam/łem poinformowany, że projekt jest realizowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 - 2020.**

**Wnoszę o zapewnienie bezpłatnego transportu do/z Domu Opieki Dziennej w Dukli**

**TAK NIE**

W przypadku wybrania **opcji „TAK”** dołączę do dokumentacji rekrutacyjnej Zobowiązanie rodziny/ opiekunów do współpracy w zakresie zorganizowania transportu.

**Jednocześnie oświadczam, że:**

* wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechniania mojego imienia i nazwiska, wizerunku (zdjęć), wywiadów i nagrań z moją osobą w materiałach informacyjno-promocyjnych, służących promocji Projektu, przygotowywanych przez Beneficjenta – Parafia Rzymskokatolicka pw. Św. Marii Magdaleny w Dukli oraz podmioty zarządzające i nadzorujące Projekt i nie będę z tego tytułu wnosił żadnych roszczeń.
* zgoda, o której mowa w pkt 1 nie jest ograniczona czasowo i terytorialnie oraz obejmuje wszelkie formy publikacji dotyczące Projektu, w szczególności: w plakaty, ulotki, foldery, spoty radiowo-telewizyjne, informacje na stronie [www.duklaprzemyska.pl](http://www.duklaprzemyska.pl) i www.dompobytu.eu w gazetach i w Internecie itp. Wykorzystanie tych zdjęć i filmów nie może stanowić naruszenia moich dóbr osobistych.

**Podanie danych osobowych i udzielenie zgody na bezpłatne wykorzystanie wizerunku jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.**

**W przypadku zakwalifikowania do Projektu oświadczam, że najpóźniej w pierwszy dzień wsparcia dostarczę:**

* deklarację udziału w Projekcie, zgodnie z załącznikiem nr 6 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie,
* oświadczenie Uczestnika Projektu dotyczące wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych i udostępnianie wizerunku zgodnie z załącznikiem nr 7 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie,
* zobowiązanie rodziny/ opiekunów do współpracy w zakresie zorganizowania transportu, zgodnie z załącznikiem nr 8 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr** | **Wykaz załączników** | **TAK** | **NIE** |
| **1.** | |  | | --- | | Zał. nr 2 - Zaświadczenie lekarskie o konieczności objęcia danej osoby wsparciem oraz potwierdzającego niemożność wykonywania co najmniej 1 z podstawowych czynności dnia codziennego[[3]](#footnote-3). | | …………… | ……………. |
| **2.** | Zał. nr 3 - Oświadczenie lub zaświadczenie z OPS o doświadczeniu wielokrotnego wykluczenia społecznego |  |  |
| **3.** | Zał. nr 5 - Oświadczenie lub zaświadczenie z OPS o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa |  |  |
| **4.** | Kopia orzeczenia o niepełnosprawności |  |  |

Czy Kandydat/tka jest osobą ubezwłasnowolnioną?

**TAK NIE**

jeżeli tak to jest to ubezwłasnowolnienie:

**CZĘŚCIOWE CAŁOŚCIOWE**

*………………………………… ………………………………………………………………………………………………*

*Data Podpis osoby składającej formularz -Kandydata/tki do Projektu*

*…………………………………. …………………………………………………………………………………………………*

*Data Czytelny podpis prawnego opiekuna w przypadku, gdy Kandydat/tka do Projektu jest osobą ubezwłasnowolnioną*

*…………………………………. ……………………………………….…………………………………………………………*

*Data Podpis osoby przyjmującej i sprawdzającej formularz*

1. 634,00 zł x 150% = **951,00 zł** [↑](#footnote-ref-1)
2. 514,00 zł x 150% = **771,00 zł** [↑](#footnote-ref-2)
3. Załącznik obowiązkowy [↑](#footnote-ref-3)