



Projekt pt. „Daj sobie pomóc” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego realizowany przez Fundację Polskie Centrum ZOYA w partnerstwie z LOOTUS Joanna Jędrzejowska na podstawie umowy o dofinansowanie projektu nr RPPK.08.03.00-18-0063/18-00 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie dnia 27 maja 2019 r. w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do udziału w projekcie „Daj sobie pomóc” numer RPPK.08.03.00-18-0063/18

Data wpływu formularza podpis

Indywidualny numer zgłoszeniowy(INZ):
(wypełnia pracownik)

OŚWIADCZENIE:

Dane uczestnika/-czki

Imię:

Nazwisko:

Płeć : (proszę zaznaczyć właściwe) Kobieta Mężczyzna

Wiek w chwili przystąpienia do projektu

PESEL:



Dane kontaktowe

Miejscowość.....

Ulica

Nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy

Poczta

Gmina

Powiat

Województwo

Kraj

Obszar *(proszę zaznaczyć właściwe)*:

obszar wiejski **obszar miejski**

Telefon stacjonarny

Telefon komórkowy

Adres poczty elektronicznej (e-mail)

Status uczestnika/-czki

Wykształcenie:
(proszę zaznaczyć właściwe)

Brak	<input type="checkbox"/> Tak
Podstawowe	<input type="checkbox"/> Tak
Gimnazjalne	<input type="checkbox"/> Tak
Ponadgimnazjalne (liceum ogólnokształcące, technikum, szkoła zawodowa)	<input type="checkbox"/> Tak
Pomaturalne (szkoła policealna studium dwuletnie)	<input type="checkbox"/> Tak
Wyższe (studia, minimum licencjackie)	<input type="checkbox"/> Tak

Status uczestnika/-czki:
(proszę zaznaczyć właściwe)

Jestem członkiem mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



Oświadczam, iż (proszę zaznaczyć „X”):

<p>Jestem osobą bezrobotną, zarejestrowaną w urzędzie pracy, w tym:</p> <p>a) Długotrwale bezrobotna (Zarejestrowana minimum 12 miesięcy)</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w urzędzie pracy, w tym:</p> <p>a) Długotrwale bezrobotna (Poszukująca pracy minimum 12 miesięcy)</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Jestem bierną zawodowo, w tym:</p> <p>a. Ucząca się <input type="checkbox"/></p> <p>b. Nieuczestnicząca w kształceniu/szkoleniu <input type="checkbox"/></p> <p>c. Inne <input type="checkbox"/></p> <p>*(osoba nie poszukująca pracy w tym emeryt, rencista)</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Jestem osobą pracującą:</p> <p>..... (wpisać stanowisko i nazwę zakładu pracy)</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>



Oświadczam, iż (proszę zaznaczyć „x”):

Jestem osobą niesamodzielną (należy dołączyć zaświadczenie lekarskie)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą niepełnosprawną (należy dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą, której dochód nie przekracza 150% kryterium dochodowego, tj.: a. Osoba samotnie gospodarująca - dochód do 1051,50 zł b. Osoba w rodzinie, dochód na członka rodziny - 792,00 zł (należy dołączyć oświadczenie o dochodach)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa na lata 2014-2020 (należy dołączyć oświadczenie)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osoba korzystającą z pomocy społecznej (należy dołączyć zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą samotnie gospodarującą (należy dołączyć oświadczenie)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



Jestem osobą korzystającą z usług świadczonych przez MOPS/GOPS:

a. usług opiekuńczych

Tak Nie

b. specjalistycznych usług opiekuńczych

Tak Nie

c. sąsiedzkich usług opiekuńczych

Tak Nie

W ramach projektu jestem zainteresowana/-y:

Usługami opiekuńczymi (pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opieka higieniczna, pielęgnacja zalecona przez lekarza, zapewnienie kontaktu z otoczeniem)

Specjalistycznymi usługami opiekuńczymi (pielęgnacja i wspieranie procesu leczenia (pomoc i asystowanie), rehabilitacja fizyczna i usprawnienie zaburzonych funkcji organizmu)

Sąsiedzkimi usługami opiekuńczymi (pomoc w codziennych czynnościach domowych świadczona przez osoby blisko zamieszkujące)

1. Deklaracja zapoznania się z regulaminem:

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

2. Oświadczenie o zgodności ww. danych z prawdą:

Uprzedzony/-a o odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą

.....
Data i podpis Kandydat/-ki na Uczestnika/-czki