

**FORMULARZ REKRUTACYJNY
KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU
„DZIENNY DOM OPIEKI W ŁĄCZKACH KUCHARSKICH”**

Projekt „Dzienny dom opieki w Łączkach Kucharskich” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego realizowany przez Fundację Medyk Dla Zdrowia na podstawie umowy nr RPPK.08.03.00-18-0039/22-00 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020

Oś priorytetowa VIII Integracja społeczna
Działania 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych

Informacje wypełniane przez Biuro Fundacji Medyk Dla Zdrowia	
Data przyjęcia formularza	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	
Numer Identyfikacyjny Kandydata (NIK)	DDOŁK/2023/
Podpis osoby przyjmującej formularz	

UWAGA:

1. Formularz rekrutacyjny do projektu powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń.
2. Na każdej stronie Formularza rekrutacyjnego w prawym dolnym rogu proszę umieścić parafkę długopisem koloru niebieskiego.
3. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
4. Formularz rekrutacyjny nie podlega zwrotowi.
5. Przed przystąpieniem do rekrutacji należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji do projektu „Dzienny dom opieki w Łączkach Kucharskich”.



I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU

Lp.	DANE PERSONALNE																					
1.	Imię / Imiona																					
2.	Nazwisko																					
3.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna																				
4.	Data urodzenia																					
5.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu (wpisać pełne lata)																					
6.	PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table>																				
7.	Poziom wykształcenia (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu wybierając jedno ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe)	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne, jakie? <input type="checkbox"/> Policealne, jakie <input type="checkbox"/> Wyższe, jakie? <input type="checkbox"/> Inne, jakie?																				
Adres zamieszkania w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego																						
8.	A	Miejscowość																				
	B	Rodzaj miejscowości – obszar wiejski ¹	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie																			
	C	Ulica, nr budynku / lokalu																				
	D	Kod pocztowy																				
	E	Województwo																				
	F	Powiat																				
	G	Gmina																				
9.	Telefon kontaktowy	Telefon stacjonarny:																				
		Telefon komórkowy:																				
10.	Adres e-mail																					
Status kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu																						
11.	Status kandydata na rynku pracy (proszę zaznaczyć X w każdym właściwym miejscu)	<input type="checkbox"/>	Osoba pracująca																			
		<input type="checkbox"/>	Osoba bierna zawodowo																			
		<input type="checkbox"/>	Osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy																			
		<input type="checkbox"/>	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy																			

¹ Zgodnie z załącznikiem nr 1 do Rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) nr 215/2014 z dnia 7 marca 2014 r. to obszar o małej gęstości zaludnienia (kod 03) – zgodnie ze stopniem urbanizacji ujętym w klasyfikacji DEGURBA obszary słabo zaludnione to obszary, na których więcej niż 50% populacji zamieszkuje tereny wiejskie (tj. gminy, które zostały przyporządkowane do kategorii 3 klasyfikacji DEGURBA). Zestawienie gmin zamieszczony na stronie internetowej EUROSTAT: http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/miscellaneous/index.cfm?TargetUrl=DSP_DEGURBA (tabela z nagłówkiem „dla roku odniesienia 2012”).



12.	Wykonywany zawód: <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inne	
13.	Miejsce zatrudnienia:		
14.	Szczególna sytuacja kandydata (proszę zaznaczyć x w każdym właściwym miejscu)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI	Osoba z niepełnosprawnościami
		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) ²

II. KRYTERIA KWALIFIKACYJNE

Zaznaczyć właściwe pole		TAK	NIE
1.	Osoba, która ukończyła 60 rok życia		
2.	Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)		
3.	Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną, z zaburzeniami psychicznymi w tym z niepełnosprawnością intelektualną i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (zaświadczenie lekarskie)		
4.	Osoba korzystająca z pomocy społecznej		
5.	Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (zaświadczenie z MOPS/GOPS)		
6.	Osoba z niepełnosprawnością i osoba niesamodzielna której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (oświadczenie)		
7.	Osoba zamieszkująca na terenie powiatów dębicki lub ropczycko-sędziszowski		

W przypadku zgłoszeń dokonanych przez osoby z różnymi niepełnosprawnościami prosimy o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które ewentualnie moglibyśmy zapewnić.

.....

.....

(data oraz czytelny podpis Uczestnika projektu)

² Osoby z wykształceniem na poziomie podstawowym, byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby z obszarów wiejskich.



ZAŁĄCZNIKI:

1. Deklaracja uczestnictwa w projekcie (zał. nr 2)
2. Oświadczenie Uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (zał. nr 3)
3. Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie wizerunku (zał. nr 4)

UWAGA:

Kopie ewentualnie załączonych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Kandydata poprzez opatrzenie każdej strony kopii dokumentów klauzulą „Za zgodność z oryginałem”, aktualną datą oraz własnoręcznym podpisem Kandydata lub opatrzone na pierwszej stronie napisem „Za zgodność z oryginałem od strony do strony”, z aktualną datą oraz własnoręcznym podpisem Kandydata i parafką na każdej stronie. Jednocześnie każdy z kandydatów zobowiązany jest przedstawić wszystkie oryginały dokumentów, których kserokopie zostały złożone do Fundacji Medyk dla Zdrowia celem potwierdzenia ich wiarygodności.



Biuro projektu: