Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. **„Dobra Jesień Życia- usługi opiekuńcze dla Seniorów z terenu Konina”** FEWP.06.13-IZ.00-0083/23-00 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027

Potwierdzenie złożenia formularza rekrutacyjnego (wypełnia personel projektu)			
Data wpływu Formularza	**Godzina**	**Numer zgłoszenia**	**Podpis osoby przyjmującej formularz**

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

w ramach projektu „Dobra Jesień Życia- usługi opiekuńcze dla Seniorów z terenu Konina”

DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY (Dotyczy opiekunów prawnych - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie)	
IMIĘ	
NAZWISKO	

1. **Dane osobowe Uczestnika** (wypełnić czytelnie w języku polskim, zaznaczyć **x**)

Dane:	
Obywatelstwo:	
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	

Płeć: □ kobieta □ mężczyzna		
Wiek: **(w chwili przystąpienia do projektu)**		
Wykształcenie: □ niższe niż podstawowe (ISCED 0) □ podstawowe (ISCED 1) □ gimnazjalne (ISCED 2) □ ponadgimnazjalne (ISCED 3) □ policealne (ISCED 4) □ wyższe (ISCED 5-8)		
Województwo:		
Powiat:		
Gmina:		
Miejscowość:		
Ulica:		
Nr budynku:		
Nr lokalu:		
Kod pocztowy:		
Telefon kontaktowy:		
Adres e-mail:		
SZCZEGÓŁY WSPARCIA		
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy wybrać właściwe)		
OSOBA BIERNA ZAWODOWO tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jest osobą pracującą ani bezrobotną		

W TYM	OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU		
W TYM	OSOBA UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE - studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące - dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierające naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących - doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie; w przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą zalicza się do osób pracujących; w przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, zalicza się do osób bezrobotnych		
W TYM	INNE		
OSOBA BEZROBOTNA - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia			
W TYM	OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA tj. pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat – z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego		
W TYM	INNE		
OSOBA PRACUJĄCA			
W TYM	OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK		
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ		
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)		
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ		
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP		
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE		
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W PODMIOCIE WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ		
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA PEDAGOGICZNA)		
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA NIEPEDAGOGICZNA)		

W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA ZARZĄDZAJĄCA)		
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA NA UCZELNI		
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE NAUKOWYM		
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE BADAWCZYM		
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE DZIAŁAJĄCYM W RAMACH SIECI BADAWCZEJ ŁUKASIEWICZ		
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W MIĘDZYNARODOWYM INSTYTUCIE NAUKOWYM		
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA DLA FEDERACJI PODMIOTÓW SYSTEMU SZKOLNICTWA WYŻSZEGO I NAUKI		
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA NA RZECZ PAŃSTWOWEJ OSOBY PRAWNEJ		
W TYM	INNE		
Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia) (dotyczy tylko osób zatrudnionych)			
STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			

OSOBA OBCEGO POCHODZENIA tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów	TAK				NIE		
OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec	TAK				NIE		
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska;	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI		NIE		

mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie							
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ 1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie; 2.Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); 3.Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemie, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą; 4.Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do	TAK			NIE			

zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia; 5.Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.								
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI		NIE			
Osoba z ograniczoną samodzielnością w zakresie więcej niż jednej codziennej czynności: □ Tak □ Nie								
Osoba z zaburzeniami psychicznymi: □ Tak □ Nie								
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną:								

□ Tak □ Nie	
Osoba z zaburzeniem rozwojowym zgodnym z ICD10: □ Tak □ Nie	
Osoba korzystająca z programu Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową: □ Tak □ Nie	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione jak powyżej): □ Tak □ Nie Jeśli tak, proszę podać w jakiej: …… …… ……	…… ……
Specjalne potrzeby dot. barier w otoczeniu (np. architektoniczne, komunikacyjne, poznawcze, cyfrowe, przestrzenne): …… ……	…… ……

…… **……**
Miejscowość, data **czytelny podpis**

2. **Przedłożone dokumenty uzupełniające, potwierdzające stan zdrowia i status Kandydata/tki** (zaznaczyć składane dokumenty):

□ Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu:		
□ znacznym	□ umiarkowanym	□ lekkim
□ Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej		
□ Zaświadczenie lekarskie o leczeniu i stanie zdrowia		

□ Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań (jeśli dotyczy)
□ Ocena funkcjonowania wg skali Barthel
□ Dokument potwierdzający zamieszanie na terenie miasta Konin np. pierwsza strona PIT, wyciąg z US, kserokopia decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, umowa najmu, pierwsza strona rachunku lub faktury za media/ścieki/odpady komunalne wskazująca adresata, wydruk ze strony PUE bądź inny wystawiony dokument potwierdzający zamieszkanie
□ Umowa potwierdzająca uczestnictwo w programie Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową
□ inny dokument (jaki?) …… ……

3. **Wniosek Kandydata/tki o wybór podstawowej formy wsparcia, z której chciałby skorzystać** (proszę wybrać jedną):

1.	Usługi opiekuńcze w Klubie Seniora	□
2.	Usługi opiekuńcze w lokalnej społeczności w ramach opieki domowej	□

4. **Wniosek o objęcie dodatkową formą wsparcia, którą jest Teleopieka:**

1.	Tak	□
2.	Nie	□

5. **Oświadczenia Kandydata/tki**

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. mieszkam na terenie miasta Konin. W załączeniu składam dokument potwierdzający spełnienie wskazanego kryterium
2. w dniu złożenia formularza mam skończone co najmniej 60 lat.

3. jestem osobą niesamodzielną w zakresie co najmniej 1 z codziennych czynności, wymagającym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.
4. nie korzystam z tego samego typu wsparcia z Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Projekcie oraz z pozostałymi dokumentami dotyczącymi Projektu, oraz akceptuje wszystkie postanowienia i zobowiązuję się do ich stosowania.
6. w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji oraz nabycia kompetencji.

…… ……..……

Miejscowość, data **czytelny podpis**

Ponadto Oświadczam, że (jeśli dotyczy):

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: posiadam orzeczenie o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności …….., o numerze ……wydane przez …….. w dniu ……., na okres……które stanowi załącznik do dokumentacji rekrutacyjnej. ……. Data i podpis Kandydata/tki lub Opiekuna faktycznego
Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osoba z ograniczoną samodzielnością w zakresie więcej niż jednej codziennej czynności. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium. …….

Data i podpis Kandydata/tki lub Opiekuna faktycznego
Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium. ……. Data i podpis Kandydata/tki lub Opiekuna faktycznego
Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą chorującą psychicznie. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium. ……. Data i podpis Kandydata/tki lub Opiekuna faktycznego
Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z całościowym zaburzeniem rozwoju zgodnie z ICD10. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium. ……. Data i podpis Kandydata/tki lub Opiekuna faktycznego
Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: korzystam z programu Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium. …… Data i podpis Kandydata/tki lub Opiekuna faktycznego
Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą samotnie zamieszkującą i prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe. ……. Data i podpis Kandydata/tki lub Opiekuna faktycznego

6. Oświadczenie osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny (wypełnia personel projektu)

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: dane uczestnika projektu zostały zweryfikowane na podstawie dokumentu tożsamości w dniu ……. ……. Data i podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny

7. Określenie kryteriów premiujących Kandydata (wypełnia personel projektu)

Nazwa kryterium premiującego	**TAK**	**NIE**
a) Posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (wszystkie rodzaje niepełnosprawności) – 10 pkt.	□	□
b) Ograniczona samodzielność w zakresie więcej niż 1 codziennej czynności (zaświadczenie lekarskie, bądź skala Barthel powyżej 80 pkt) – 10 pkt.	□	□
c) choroby psychiczne lub całościowe zaburzenia rozwojowe zgodnie z ICD10 (orzeczenie,zaświadczenie) – 10 pkt.	□	□
d) Prowadzenie jednoosobowego gospodarstwa domowego (oświadczenie) – 10 pkt.	□	□
e) korzystanie z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (umowy) – 10 pkt.	□	□
Suma uzyskanych punktów:		**pkt.**

…….. ……..……..
Miejscowość, data **czytelny podpis Specjalisty ds. rekrutacji**