

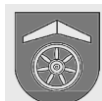


## Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa i odpłatności

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DLA KANDYDATA/TKI DO PROJEKTU  
„Rozwój usług środowiskowych w Gminie Ożarówice”****Cześć I Wypełnia kandydat/ka na uczestnika Projektu**

DANE PERSONALNE			
imię/Imiona:			
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL/ Inny identyfikator:		Wiek:	
Obywatelstwo:	<input type="checkbox"/> Polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE- obywatel kraju spoza EU/bezpaństwowiec		
Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne lub policealne <input type="checkbox"/> Wyższe		
DANE TELEADRESOWE:			
Kraj:			
Województwo:			
Powiat:			
Miejscowość:			
Ulica:			
Numer budynku:		Numer lokalu:	
Kod pocztowy:		Gmina:	
Telefon kontaktowy:		Adres e-mail:	

STATUS KANDYDATA/TKI NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
*Status zawodowy kandydata/teki:	Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	W tym:	





	<input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne	
	Osoba bierna zawodowo:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	W tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</li> <li><input type="checkbox"/> Osoba ucząca się/ odbywająca kształcenie - planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano we wsparcia .....</li> <li><input type="checkbox"/> Inne</li> </ul>	
	Osoba pracująca:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	W tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek</li> <li><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej</li> <li><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej(z wyłączeniem szkół i placówek oświaty</li> <li><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej</li> <li><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP</li> <li><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą</li> <li><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)</li> <li><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)</li> <li><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)</li> <li><input type="checkbox"/> Osoba pracująca na uczelni</li> <li><input type="checkbox"/> Osoba pracująca w instytucie naukowym</li> </ul>	





Projekt pn. „Rozwój usług środowiskowych w Gminie Ożarówice” realizowany w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Działanie FESL.07.04-Uslugi społeczne

	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> Osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> Osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> Inne
--	---

### STATUS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

*Dane wrażliwe:	Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Obywatel/KA państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
	Osoba z niepełnosprawnościami <b>*należy dołączyć orzeczenie</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Jeśli TAK podać stopień niepełnosprawności:	
	<input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny	
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Sytuacja dochodowa:	<b>Osoba samotnie gospodarująca</b> Dochód powyżej 1164,00 zł	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	<b>Osoba w rodzinie</b> Dochód powyżej 900,00 zł /osobę w rodzinie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Inne informacje na temat uczestnika istotne w kontekście możliwości uczestniczenia w Projekcie:





Rodzaj uczestnika/czki:	<input type="checkbox"/> Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
	<input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnościami
	<input type="checkbox"/> Osoba z otoczenia osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu/ z niepełnosprawnościami

**RODZAJ WSPARCIA O KTÓRY WNIOSKUJE KANDYDAT/KA**  
**(proszę zaznaczyć usługę - JEDNĄ, o której udzielenie Pan/Pani się ubiegają)**  
**Usługa transportowa przysługuje każdemu uczestnikowi/uczestniczce korzystającej z pozostałych form wsparcia!**

**Usługi świadczone na rzecz osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:**

- Usługi opiekuńcze w Dziennym Domu Pomocy (DDP) dla osób starszych
- Usługi sąsiedzkie
- Usługi opiekuńcze
- Usługi specjalistyczne opiekuńcze tj.
  - rehabilitacyjne,
  - psychologiczne,
  - terapeutyczne,
  - pielęgniarstwo
- Udział w Klubie seniora
- Usługa transportowa
  - Dojazd do dziennego domu pobytu
  - Dojazd na zajęcia klubu seniora
  - Wg. potrzeb, zgodnie z zapisami Regulaminu udziału





## Wsparcie szkoleniowo - doradczego dla opiekunów nieformalnych- faktycznych- otoczenia osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

- pielęgnacja ran przewlekłych lub trudno gojących,
- zasady usprawniania podopiecznego , bezpiecznego przemieszczania, profilaktyki upadków,
- metody radzenia sobie w sytuacji choroby, agresji podopiecznego
- inne wynikające z potrzeb (proszę wskazać jakie)

.....

.....

.....

Do wniosku załączam następujące załączniki:

<b>1</b>	ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE	<b>TAK/NIE</b>
<b>2.</b>	Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	<b>TAK/NIE</b>
<b>miejscowość i data</b>		<b>czytelny podpis Kandydata/teki do projektu</b>

### KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

1. Administratorem Pani/a danych w procesie rekrutacji do projektu „Rozwój usług środowiskowych w Gminie Ożarówice”, jest FUNDACJA LIBERTAETM, z siedzibą w Brzozowie, Biuro projektu - Ożarówice, ul. Sportowa 1.
2. Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), informuję, że:
  - a) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja LIBERTATEM, ul. Bielawskiego 3/12, kod pocztowy 36-200 Brzozów, e mail: biuro@fundacjalibertatem.pl , tel. 517-418-928
  - b) Dane kontaktowe inspektora ochrony danych w Fundacji LIBERTATEM, ul. Bielawskiego 3/12, kod pocztowy 36-200 Brzozów to: e-mail: iod@fundacjalibertatem.pl, tel. 517-418-928





Projekt pn. „Rozwój usług środowiskowych w Gminie Ożarówice” realizowany w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Działanie FESL.07.04-Uslugi społeczne

- c) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w procesie rekrutacji do korzystania z usług realizowanych w ramach projektu „Rozwój usług środowiskowych w Gminie Ożarówice”.
- d) Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych w powyższym celu jest Pani/Pana zgoda na udział w rekrutacji (art. 6 ust. 1 lit. b RODO) oraz art. 6 ustawy z dnia 14 lipca 1983 roku o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (art. 6 ust. 1 lit. c RODO).
- e) Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane, chyba że przepisy prawa nakładają taki obowiązek.
- f) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa dotyczących archiwizacji.
- g) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania.
- h) Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
- i) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem udziału w procesie rekrutacji.
- j) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
- k) Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.





Załącznik nr 1 do Formularza zgłoszeniowego

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA**

<b>DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O OBJĘCIE WSPARCIEM W RAMACH PROJEKTU „ROZWÓJ USŁUG ŚRODOWISKOWYCH W GMINIE OŻAROWICE”</b>		
<b>imię i nazwisko</b>		
<b>PESEL</b>		
<b>miejsce zamieszkania</b>		
<b>1</b>	Wyżej wymieniona osoba z uwagi na wiek, schorzenia, niepełnosprawność wymaga wsparcia w codziennym funkcjonowaniu poprzez objęcie usługami opieki środowiskowymi.	<b>TAK/NIE</b>
<b>2</b>	Wyżej wymieniona osoba wymaga również objęcia opieką długoterminową w postaci usług rehabilitacyjnych	<b>TAK/NIE</b>
Jednocześnie zaświadczam, że stan zdrowia nie kwalifikuje kandydata/tki do umieszczenia w placówce pobytu całodobowego (DPS, ZOL, ZPO)		
<b>miejsowość, data</b>		
<b>pieczęć i podpis lekarza</b>		
<b>pieczęć podmiotu leczniczego</b>		

