



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





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 *należy dołączyć orzeczenie	<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:	Osoba samotnie gospodarująca	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Dochód powyżej 1515,00 zł	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Osoba w rodzinie Dochód powyżej 1234,50 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:

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

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

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

