

(załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji/uczestnictwa w projekcie pt. „Pomocny Sąsiad” - rozwój środowiskowych form pomocy w gminie Świlcza)

## FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU:

pt. „Pomocny Sąsiad” - rozwój środowiskowych form pomocy w gminie Świlcza - projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego:

**Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź umieszczając „X” w danej kratce, bądź wpisać wymagane informacje:**

### A. Dane Kandydata/ki do uczestnictwa w Projekcie (miejsce zamieszkania należy uzupełnić zgodnie z Kodeksem Cywilnym):

Imię i nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> - mężczyzna <input type="checkbox"/> - kobieta	
Adres zamieszkania, ulica:		Nr budynku:		Nr lokalu:
Miejscowość:		Kod pocztowy:		
Gmina:		Powiat:		
Województwo:		Tel. stacjonarny:		
Adres poczty elektronicznej (e-mail):		Tel. kontaktowy:		

#### Adres do kontaktu i korespondencji - należy uzupełnić wówczas, gdy jest inny niż adres zamieszkania:

Adres, ulica:		Nr domu:		Nr lokalu:	
Kod pocztowy:		Miejscowość:			
Gmina:		Powiat:		Województwo:	

#### Dodatkowe informacje - niepełnosprawność:



- jestem osobą niepełnosprawną - jeśli zaznaczono, wówczas należy wskazać dodatkowe potrzeby związane z oczekiwaniami od Zespołu Projektu na etapie rekrutacji i podczas realizacji założeń w Projekcie wynikające z posiadanej niepełnosprawności, tak aby w ramach zasady racjonalnych usprawnień dostosować planowaną ścieżkę wsparcia do potrzeb danej osoby - przykłady racjonalnych usprawnień: tłumacz języka migowego, transport niskopodłogowy, dostosowanie infrastruktury komputerowej np. programy powiększające, mówiące, osoby asystujące, odpowiednie dostosowanie wyżywienia - należy podać jakie:

---



---



---



---

## B. Status Kandydata/ki w kontekście spełniania formalnych wymagań/założeń projektowych:

Data urodzenia/Wiek:	Data urodzenia: _____, Wiek: _____,  UWAGA - w celu weryfikacji kryterium wieku, należy załączyć kserokopie dokumentu potwierdzającego wiek, np. dokumentu osobistego (dokument musi być podbity za zgodność z oryginałem)
Kwalifikowanie się do grupy osób o statusie osoby samotnej i/lub samotnie gospodarującej i/lub w rodzinie, która nie może zapewnić odpowiedniej pomocy (stosownie do zapisów określonych w §2 - punkt 2 - podpunkt „b” Regulaminu)	Osoba: <input type="checkbox"/> - samotna w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości i/lub <input type="checkbox"/> - samotnie gospodarujący/a w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości i/lub <input type="checkbox"/> - w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości UWAGA - w celu weryfikacji tego kryterium, należy złożyć oświadczenie, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu
Zamieszkanie:	<input type="checkbox"/> gmina Świlcza  UWAGA - w celu weryfikacji kryterium zamieszkania na terenie gminy Świlcza, należy złożyć oświadczenie, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu
Niemożliwość samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego	<input type="checkbox"/> - osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, m.in.: spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie i rozbieranie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kontrolowanie czynności fizjologicznych (niniejsze wskazanie nie jest katalogiem zamkniętym i Kandydat/ka może wymagać opieki lub wsparcia w związku z niemożnością wykonywania innej czynności)  UWAGA - w celu weryfikacji tego kryterium należy załączyć zaświadczenie lekarskie - Organizator rekomenduje, aby zaświadczenie lekarskie przedstawione było na wzorze udostępnionym w ramach dokumentacji projektowej (dokument ten można odnaleźć na Stronie Internetowej i/lub otrzymać w Biurze Projektu)

## C. Ankieta - codzienne funkcjonowanie - analiza (ocena) Kandydata/ki zakresu niesamodzielnosci, występujących dysfunkcji, zdolności do samoobsługi w zaspokajaniu podstawowych potrzeb, funkcjonowaniu w środowisku:

Badanie zakresu niesamodzielnosci - którą czynność wykonuje Pan/i samodzielnie, a którą z pomocą innych osób (należy udzielić wszystkich odpowiedzi, wybierając pomiędzy odpowiednim kolumnami):	Czynność	Wykonuje samodzielnie	Wykonuje z pomocą
		spożywanie posiłków	<input type="checkbox"/>
	poruszanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wchodzenie i schodzenie po schodach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	siadanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ubieranie i rozbieranie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	utrzymanie higieny osobistej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	korzystanie z toalety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	kontrolowanie czynności fizjologicznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jakiego rodzaju dysfunkcje nie pozwalają Panu/i w wykonywaniu codziennych czynności (należy udzielić wszystkich odpowiedzi, wybierając pomiędzy odpowiednim kolumnami):	Dysfunkcja: Kończyna:	Brak dysfunkcji	Brak kończyny lub całkowity paraliż	Niedowład lub skurcze lub odrętwienia
	ręka prawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ręka lewa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	noga prawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	noga lewa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dysfunkcja: Narząd:	Brak dysfunkcji	Pełne (niedowidzenie/niedosłuch)	Częściowe (niedowidzenie/niedosłuch)
	widzenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	słuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funkcjonowanie w środowisku (można wybrać więcej niż jedna odpowiedź):	Posiadane dysfunkcje powodują/sprawiają, że: <input type="checkbox"/> - wstydę się i/lub nie chcę spotykać się/rozmawiać z członkami mojej rodziny, <input type="checkbox"/> - wstydę się i/lub nie chcę spotykać się/rozmawiać ze znajomymi/przyjaciółmi, <input type="checkbox"/> - nie organizuje żadnych uroczystości/wydarzeń w miejscu zamieszkania (np. imieniny, urodziny, obchodzenie świąt, itp.), w których udział mogliby wziąć członkowie rodziny/znajomi/przyjaciele, <input type="checkbox"/> - nie wychodzę poza teren mojego miejsca zamieszkania, tj. dom, ogród, posesja, <input type="checkbox"/> - nie uczestniczę w uroczystościach/wydarzeniach poza miejscem zamieszkania, które organizowane są przez inne osoby/podmioty, np. obchody świąt/jubileuszy/spotkania środowiskowe, etc., <input type="checkbox"/> - żadne z powyższych.			

**D. Ankieta - sytuacja rodzinna - określenie wpływu sytuacji rodzinnej na poziom codziennego funkcjonowania, tj. analiza domowników/członków rodziny i ich możliwości w zakresie wspierania Kandydata/ki:**

Jaka jest Pana/i sytuacja rodzinna/struktura gospodarstwa domowego (należy wybrać tylko jedną odpowiedź):	Jestem: <input type="checkbox"/> - osobą samotną (bez rodziny), <input type="checkbox"/> - osobą samotnie gospodarującą - posiadam rodzinę wspólnie niezamieszującą - ale (należy wybrać tylko jedną odpowiedź): <input type="checkbox"/> - członkowie rodziny mnie nie odwiedzają w ogóle (nie odwiedzili mnie ani razu w ostatnich 2 latach, tj. w roku 2018 i 2019), <input type="checkbox"/> - członkowie rodziny mnie odwiedzają sporadycznie (nie więcej niż 2 razy w roku), <input type="checkbox"/> - członkowie rodziny mnie odwiedzają rzadko (nie więcej niż 2 razy w miesiącu), <input type="checkbox"/> - członkowie rodziny mnie odwiedzają często (nie więcej niż 1 raz na tydzień), <input type="checkbox"/> - osobą zamieszującą z rodziną, ale (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź): <input type="checkbox"/> - członkowie rodziny nie mogą mi pomagać ze względu na ich stan zdrowia/posiadane dysfunkcje/niepełnosprawność, <input type="checkbox"/> - członkowie rodziny nie mogą mi pomagać ze względu na obowiązki zawodowe, które na co dzień wykonują, <input type="checkbox"/> - żadne z powyższych.
---	---

**Upředzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszej ankiecie (punkt C i D) są zgodne z prawdą.**

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis Kandydata/ki - w przypadku, gdy Kandydat/ka z powodu posiadanej dysfunkcji nie jest w stanie złożyć podpis osobiście/samodzielnie, wówczas czytelny podpis składa/ją opiekun/owie prawny/ni/ustawowy/wi/faktyczny/czni)

**Oświadczam, że:**

- a) dobrowolnie zgłaszam swój udział do Projektu,
- b) zapoznałem/łam się z zapisami Regulaminu rekrutacji/uczestnictwa w Projekcie, które akceptuję i w przypadku zakwalifikowania do Projektu deklaruję ich przestrzeganie, w szczególności do wywiązywania się z zasad organizacyjnych wskazanych w §6, w tym potwierdzam świadomość o zobowiązaniu dotyczącym przekazania Organizatorowi wszelkich danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników Projektu zarówno w czasie jego trwania jak i po jego opuszczeniu (do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie), a także w okresie jego trwałości (w tym uczestnictwa w badaniu ewaluacyjnym w przypadku wytypowania),
- c) zostałem poinformowany/jestem świadomy/a, iż:
  - o Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego i realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020,
  - o administratorem moich danych osobowych wskazanych w niniejszym formularzu i załącznikach jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Świlczy 36-072 Świlcza 168 (kontakt z inspektorem ochrony danych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Świlczy możliwy jest pod adresem: korespondencyjnym 36-072 Świlcza 168 lub e-mail [iod-kontakt\\_gops@swilcza.com.pl](mailto:iod-kontakt_gops@swilcza.com.pl)),
  - o celem przetwarzania danych osobowych jest uczestnictwo w rekrutacji do projektu pt.: „Pomocny Sąsiad” - rozwój środowiskowych form pomocy w gminie Świlcza, a także zarządzanie, kontrola, audyt, sprawozdawczość i raportowanie w ramach realizacji programów operacyjnych polityki spójności, finansowanych w perspektywie 2014-2020,
  - o podstawą prawną przetwarzania danych osobowych są art. 6 ust. 1 lit. c oraz e oraz art. 9 ust. 2 lit. g rozporządzenia 2016/679 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w związku z:
    - Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
    - Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
    - Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470), rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1316/2013 z dnia 11 grudnia 2013 r. ustanawiającego instrument „Łącząc Europę”, zmieniającego rozporządzenie (UE) nr 913/2010 oraz uchylającego rozporządzenie (WE) nr 680/2007 i (WE) nr 67/2010,
    - Rozporządzeniem wykonawczym Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi,
    - Ustawą o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020
  - o posiadam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, jak również do ograniczenia ich przetwarzania, do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych,
  - o przysługuje mi prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie), jeśli moim zdaniem przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy niniejszego rozporządzenia RODO,
  - o moje dane osobowe mogą zostać udostępnione Instytucji Zarządzającej (Zarząd Województwa Podkarpackiego), Instytucji Pośredniczącej oraz Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego na warunkach przewidzianych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020,
  - o moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane,
  - o podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, ale skutkiem braku/odmowy podania danych jest brak możliwości uczestnictwa w projekcie pt.: „Pomocny Sąsiad” - rozwój środowiskowych form pomocy w gminie Świlcza,
  - o moje dane zostaną usunięte po upływie okresu związanego z archiwizacją dokumentacji Projektu.

**Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.**

(miejsce i data)

(czytelny podpis Kandydata/ki - w przypadku, gdy Kandydat/ka z powodu posiadanej dysfunkcji nie jest w stanie złożyć podpisu osobiście/samodzielnie, wówczas czytelny podpis składa/ją opiekun/owie prawni/ni/ustawowy/wi/faktyczny/czni)

**Załączniki do formularza rekrutacyjnego (należy wskazać, co zostało dołączone do formularza rekrutacyjnego):**