



Data wpływu formularza:

Podpis osoby przyjmującej:

FORMULARZ REKRUTACYJNY
do projektu **Asystencja – kierunek samodzielność**
nr umowy FELU.08.05-IZ.00-0005/24

NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI WSZYSTKIE POLA

I. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU:

Imię (imiona):										
Nazwisko:										
Płeć (właściwe zaznaczyć X):	☐ Kobieta					☐ Mężczyzna				
PESEL:										
Rodzaj uczestnika (właściwe zaznaczyć X):	☐ Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ☐ Opiekun faktyczny/nieformalny									

Adres zamieszkania uczestnika: <i>(Miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego - miejsce przebywania z zamiarem stałego zamieszkania)</i>			
Ulica / plac / aleja:			
Nr domu:		Nr lokalu:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Gmina:		Powiat:	
Województwo:			
Obszar (właściwe zaznaczyć X):	☐ Miejski ☐ Wiejski		
Telefon kontaktowy:			
Adres e-mail:			
Obywatelstwo:			



Poziom wykształcenia:	☐ Niższe niż podstawowe
	☐ podstawowe
	☐ gimnazjalne
	☐ ponadgimnazjalne
	☐ policealne
	☐ wyższe

II. STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy (właściwe zaznaczyć X):	☐ Tak	☐ Nie
Osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy (właściwe zaznaczyć X):	☐ Tak	☐ Nie
Osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy <u>długotrwale bezrobotna</u> (właściwe zaznaczyć X):	☐ Tak	☐ Nie
Osoba bierna zawodowo (emeryt, rencista, uczeń) (właściwe zaznaczyć X):	☐ Tak	☐ Nie
Osoba pracująca (właściwe zaznaczyć X):	☐ Tak	☐ Nie
Miejsce zatrudnienia i stanowisko:		

III. DODATKOWE INFORMACJE:

Jestem osobą zamieszkującą samotnie (właściwe zaznaczyć X):	☐ Tak	☐ Nie
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia (właściwe zaznaczyć X):	☐ Tak	☐ Nie
	☐ Odmawiam podania informacji	
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań (właściwe zaznaczyć X):	☐ Tak	☐ Nie
Jestem osobą wykluczoną komunikacyjnie (właściwe zaznaczyć X):	☐ Tak	☐ Nie
Jestem osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym (właściwe zaznaczyć X):	☐ Tak	☐ Nie
Jestem osobą niesamodzielną (właściwe zaznaczyć X):	☐ Tak	☐ Nie



Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej inne niż wymienione powyżej (właściwe zaznaczyć X):	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmawiam podania informacji
Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (właściwe zaznaczyć X) Jeśli TAK: OBLIGATORYJNIE należy załączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w tym:	☐ Tak ☐ Nie
Jestem osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim (właściwe zaznaczyć X):	☐ Tak ☐ Nie
Posiadam znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności (właściwe zaznaczyć X):	☐ Tak ☐ Nie
Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną (właściwe zaznaczyć X):	☐ Tak ☐ Nie
Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną (właściwe zaznaczyć X):	☐ Tak ☐ Nie
Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (właściwe zaznaczyć X):	☐ Tak ☐ Nie
Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi zdefiniowaną w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (właściwe zaznaczyć X):	☐ Tak ☐ Nie

IV.DEKLARACJA WYBORU FORMY WSPARCIA

(właściwe zaznaczyć X):

Usługi asystenckie	☐ Tak ☐ Nie
Usługa transportu indywidualnego „door to door” (usługa towarzysząca do usług asystenckich)	☐ Tak ☐ Nie
Szkolenie dla opiekunów faktycznych/nieformalnych	☐ Tak ☐ Nie



V. OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ

(właściwe zaznaczyć X):

Upředzony/-a o odpowiedzialności wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, iż:	
zapoznałam/-em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Asystencja – kierunek samodzielność oraz akceptuję jego postanowienia	
na dzień przystąpienia do projektu Asystencja – kierunek samodzielność , spełniam wymogi kwalifikacyjne do projektu	
zostałam/-em poinformowana/-y, że projekt jest finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus	
zapoznałem się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych, stanowiącymi załącznik do niniejszego formularza	
zamieszkuję na terenie miasta Chełm (właściwe zaznaczyć X)	☐ Tak ☐ Nie
jestem osobą wykluczoną komunikacyjnie (właściwe zaznaczyć X)	☐ Tak ☐ Nie
jestem osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym (właściwe zaznaczyć X)	☐ Tak ☐ Nie
jestem osobą niesamodzielną (właściwe zaznaczyć X)	☐ Tak ☐ Nie
jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (właściwe zaznaczyć X)	☐ Tak ☐ Nie
Jestem osobą, która nie korzysta z usług asystenckich realizowanych w społeczności lokalnej (właściwe zaznaczyć X, odpowiedź NIE uniemożliwia udziału w projekcie)	☐ Tak ☐ Nie
Jestem opiekunem faktycznym/nieformalnym (właściwe zaznaczyć X)	☐ Tak ☐ Nie
..... Miejscowość i data Czytelny podpis kandydata	

**SKALA OCENY PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO ADL (SKALA KATZA)**

Proszę zaznaczyć znakiem X właściwą charakterystykę stanu osoby z niepełnosprawnością. Każdy znak X w kolumnie „TAK” oznacza 1 punkt.

Czynność	Opis	PACJENT SAMODZIELNY	
		TAK	NIE
Kąpanie się/ mycie się	Nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała gąbką, kąpiel w wannie/ prysznic.		
Ubieranie się	Ubiera się bez żadnej pomocy, z wyjątkiem wiązania sznurówek.		
Korzystanie z toalety	Idzie do toalety, korzysta z toalety, poprawia ubranie, wraca z toalety bez żadnej pomocy (może używać jako podpory laski lub chodzika albo też korzystać w nocy z basenu lub nocnika).		
Poruszanie się	Przemieszcza się z/do łóżka lub na krzesło bez pomocy (może korzystać z laski lub chodzika).		
Kontrolowane wydalanie moczu i stolca	Całkowicie panuje nad zwieraczami (bez sporadycznych epizodów nietrzymania).		
Jedzenie	Odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem ewentualnego krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem)		

Wyniki (opis):

- 5–6 punktów: osoba badana ma w pełni zachowane czynności życiowe;
- 3–4 punkty: osoba badana ma średniego stopnia upośledzenie czynnościowe;
- 2 punkty lub poniżej: osoba badana ma ciężkie upośledzenie czynnościowe.

SKALA OCENY ZŁOŻONYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO IADL (SKALA LAWTONA)

Proszę wpisać przyznaną punktację przy każdym pytaniu wg następującej skali: 3 punkty – bez pomocy; 2 punkty – z niewielką pomocą; 1 punkt – zupełnie nie.

Pytanie	Punkty
Czy potrafisz korzystać z telefonu?	
Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru?	
Czy wychodzisz z domu po artykuły spożywcze?	
Czy możesz sam przygotować posiłki?	
Czy możesz sam wykonywać prace domowe (np. sprzątanie)?	
Czy możesz sam majsterkować lub dokonywać drobnych napraw w domu?	
Czy możesz sam wyprać swoje rzeczy?	
Czy sam przyjmujesz lub mógłbyś przyjmować leki?	
Czy możesz sam gospodarować pieniędzmi?	
RAZEM	

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis kandydata



Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie **Asystencja – kierunek samodzielność** dofinansowanym w ramach Priorytetu VIII Zwiększanie spójności społecznej, Działania 8.5 Usługi społeczne Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus - Numer projektu: FELU.08.05-IZ.00-0005/24.
2. Zapoznałem/-am się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w Regulaminie projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim. Akceptuję warunki regulaminu.
3. **Nie biorę udziału w innych projektach dofinansowanych w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.**
4. **Nie korzystam z usług asystenckich realizowanych w społeczności lokalnej.**
5. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail).
6. Zobowiązuję się do poinformowania o zmianach danych osobowych, w tym w szczególności danych kontaktowych w Formularzu Rekrutacyjnym.
7. Wyrażam zgodę na nieodpłatne, wielokrotne, bezterminowe utrwalanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku, utrwalonego podczas realizacji projektu **Asystencja – kierunek samodzielność**, bez konieczności ich każdorazowego zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalenie, obróbkę i powielanie zdjęć oraz filmów za pośrednictwem dowolnego medium (np. Internet, prasa, publikacje reklamowe) w ramach działań promocyjnych i archiwizacyjnych w projekcie. Jednocześnie oświadczam, że wykorzystanie tych zdjęć i filmów nie stanowi naruszenia moich dóbr osobistych.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w niniejszym dokumencie zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO). Podanie danych jest dobrowolne, ale odmowa ich podania jest równoważna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
9. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt **Asystencja – kierunek samodzielność** został dofinansowany w ramach Priorytetu VIII Zwiększanie spójności społecznej, Działania 8.5 Usługi społeczne Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
10. Zostałem/-am poinformowany/-a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez realizatora projektu oraz inne podmioty.
11. Zostałem/-am poinformowany/-a o zasadach równości szans kobiet i mężczyzn, zrównoważonego rozwoju oraz przeciwdziałaniu dyskryminacji.
12. Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych (dane dot. stanu zdrowia, przynależności do mniejszości narodowych/etnicznych, itp.).
13. Zostałem/-am poinformowany/-a, o fakcie, iż złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z kwalifikowaniem do udziału w projekcie.
14. Zostałem/-am uprzedzony/-a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym oraz w/w informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kandydata



KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Chełmie jako podmiot przetwarzający dane osobowe informuje, że:

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Chełmie z siedzibą przy ul Kolejowej 8, 22-100 Chełm jest: **Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Chełmie**.
2. Sposoby kontaktu z inspektorem ochrony danych w Ośrodku to: **22-100 Chełm, ul. Kolejowa 8, pok. 22, tel. 82 565 82 59, adres e-mail: iodo-kk@moprchelm.pl**.
3. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu umożliwienia rekrutacji do udziału w projekcie i na potrzeby realizacji działań w projekcie **Asystencja – kierunek samodzielność**, a będą wykorzystywane wyłącznie do niniejszego projektu. W przypadku ich niepodania osoba nie będzie mogła być objęta projektem.
4. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie.
5. Cofnięcie zgody, ograniczenie przetwarzania, przeniesienie danych spowoduje brak możliwości udziału w procesie rekrutacji i wsparciu w ramach projektu **Asystencja – kierunek samodzielność**.
6. Podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) i zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
7. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących, narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
8. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
9. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Dane osobowe będą przechowywane przez okres jakim zgodnie z umową Administrator zobowiązany jest do przetwarzania danych osobowych i ich przechowywania.
11. Pana/Pani dane osobowe mogą być powierzone podmiotom prowadzącym badania ewaluacyjne oraz pozostałym administratorom uczestniczącym we wdrażaniu Programu, tj. IP (Zarząd Województwa Lubelskiego) oraz IK UP (Ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego).

Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z treścią klauzuli informacyjnej.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kandydata