Załącznik nr 1
do *Regulaminu rekrutacyjnego*

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu

„Wspieramy ich codzienność" współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej 6 Integracja, Działania 6.2. Usługi społeczne, Poddziałania 6.2.2. Rozwój usług społecznych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020

Przed przystąpieniem do rekrutacji należy zapoznać się z REGULAMINEM UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE

I. DANE KANDYDATA (uzupełnij oraz zaznacz właściwe)

IMIĘ (IMIONA)		
NAZWISKO		
PESEL		
PŁEĆ		☐ **Kobieta** ☐ **Mężczyzna**
DATA URODZENIA		
Wiek w chwili przystąpienia do projektu		
WIEK (W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU)		
WYKSZTAŁCENIE		☐ niższe niż podstawowe ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne: zawodowe/średnie* (zaznacz właściwe) ☐ policealne/pomaturalne ☐ wyższe
Adres zamieszkania	**WOJEWÓDZTWO**	
	POWIAT	
	GMINA	
	MIEJSCOWOŚĆ	
	OBSZAR	☐ **Miasto** ☐ **Wieś**
	ULICA	
	NR BUDYNKU	

	NR LOKALU	
	KOD POCZTOWY	
NR TELEFONU		
E-MAIL		

II. STATUS KANDYDATA NA RYNKU PRACY (zaznacz właściwe)

Oświadczam, że:	
JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ[1] **NIEZAREJESTROWANĄ** W EWIDENCJI POWIATOWEGO URZĘDU PRACY	☐ tak ☐ nie
JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ **ZAREJESTROWANĄ** W EWIDENCJI POWIATOWEGO URZĘDU PRACY	☐ tak , profil*: I, II, III (proszę zaznaczyć właściwy) ☐ nie
JESTEM OSOBĄ **BIERNĄ ZAWODOWO**[2]	☐ tak ☐ nie
JESTEM OSOBĄ **PRACUJĄCĄ**	☐ tak zawód …… miejsce pracy: …… ……. ☐ nie
JESTEM EMERYTEM/RENCISTĄ	☐ tak ☐ nie

[1] Osoby bezrobotne - osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia. Definicja uwzględnia osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajowymi przepisami, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów. Osobami bezrobotnymi są zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu badania aktywności ekonomicznej ludności, jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), są również osobami bezrobotnymi.

[2] Osoby bierne zawodowo - osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Studenci studiów stacjonarnych są uznawani za osoby bierne zawodowo. Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Osoby prowadzące działalność na własny rachunek (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie są uznawane za bierne zawodowo.

III. ZAWÓD KANDYDATA (zaznacz właściwe)

POSIADANY ZAWÓD	
DODATKOWE UPRAWNIENIA (np. prawo jazdy, kursy itp.)	

IV. SYTUACJA RODZINNA I MIESZKANIOWA (zaznacz właściwe)

Oświadczam, że:	
JESTEM OSOBĄ **MIESZKAJĄCĄ SAMOTNIE**	☐ tak ☐ nie

V. SYTUACJA ZDROWOTNA (zaznacz właściwe)

Oświadczam, że:	
JESTEM OSOBĄ Z **NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**[3]	☐ tak ☐ nie
POSIADAM **ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** W STOPNIU[4]	☐ lekkim ☐ umiarkowanym ☐ znacznym ☐ orzeczenie o niepełnosprawności (w przypadku osób do 16 roku życia) ☐ orzeczenie ZUS ……..
JESTEM OSOBĄ **NIESAMODZIELNĄ**[5]	☐ tak ☐ nie

[3] Osoba z niepełnosprawnością - osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 2046 z późn. zm.) lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 882 z późn. zm), tj. osoba:
a) chora psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),
b) upośledzona umysłowo,
c) wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

[4] *Orzeczony stopień niepełnosprawności – orzeczenie wydane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne wydane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub Ministerstwo Obrony Narodowej lub Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.*

[5] *Osoba niesamodzielna - osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu to osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego*.

VI. FORMY WSPARCIA W PROJEKCIE (zaznacz wszystkie właściwe)

FORMA WSPRACIA	Oświadczam, że jestem zainteresowany udziałem w następujących formach wsparcia:
USŁUGI OPIEKUŃCZE W MIEJSCU ZAMIESZKANIA	☐ tak ☐ nie
SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE W MIEJSCU ZAMIESZKANIA	☐ tak (rehabilitacyjne) ☐ nie
USŁUGI W RAMACH DZIENNEGO DOMU POBYTU	☐ tak ☐ nie
USŁUGI W RAMACH SPECJALISTYCZNEGO DOMU SAMOPOMOCY	☐ tak ☐ nie

VII. STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZSTĄPIENIA DO PROJEKTU

OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI ETNICZNEJ LUB NARODOWEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa odpowiedzi
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa odpowiedzi
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa odpowiedzi
OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa odpowiedzi

PYTANIA KWALIFIKACYJNE

1	Mieszkam na terenie powiatu wejherowskiego	☐ TAK ☐ NIE
2	Jestem osoba potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu[6]	☐ TAK ☐ NIE
3	Jestem mieszkańcem Gminy Miejskiej Rumia	☐ TAK ☐ NIE
4	Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia (np. choroby przewlekłe)	☐ TAK ☐ NIE

[6] osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu - weryfikacja w oparciu o: w przypadku osoby niepełnosprawnej: orzeczenie o niepełnosprawności; w przypadku osoby niesamodzielnej z powodu stanu zdrowia w oparciu o zaświadczenie lekarskie/oświadczenie uczestnika z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, spełnienie wymogu bycia osobą: – samotną 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 - weryfikacja w oparciu o oświadczenie (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń) lub – samotnie gospodarującą 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 - weryfikacja w oparciu o oświadczenie (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń) lub – w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości - weryfikacja w oparciu o oświadczenie (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń)

5	Jestem opiekunem osoby potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	☐ TAK ☐ NIE
6	Jestem osobą korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 - 2020[7]	☐ TAK ☐ NIE
7	Kwalifikuję się do wsparcia na podstawie kryterium dochodowego nie przekraczającego 150 %[8]	☐ TAK ☐ NIE
8	Korzystam ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub Kwalifikuje się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną, tj. spełniam co najmniej jeden z warunków określonych w art. 7 [9]ustawy o pomocy społecznej.	☐ TAK ☐ NIE
9	Dobrowolnie zgłaszam chęć udziału w projekcie	☐ TAK ☐ NIE

VIII. OŚWIADCZEANIA UCZESTNIKA

Oświadczenia
Zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i Formularzu zgłoszeniowym jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie;
Uprzedzona(-y) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Caritas Archidiecezji Gdańskiej oraz Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rumi, danych osobowych zawartych w powyższym kwestionariuszu, do celów realizacji oraz ewaluacji projektu „Wspieramy ich codzienność" zgodnie z Rozporządzenia 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 (dalej RODO).

[7] *Kwalifikowanie się do wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa - dochód nie przekracza 200% kryterium dochodowego, dochód nie przekracza 1402zł na osobę w przypadku gospodarstw jednoosobowych lub, w przypadku wieloosobowych gospodarstw domowych, nie przekracza 1056zł na osobę w rodzinie.*

[8] *Na podstawie Ustawy o pomocy społecznej art. 8.*Dz.U.2020.1876 tj. Kwalifikowanie się do wsparcia z pomocy społecznej - dochód nie przekracza 150% kryterium dochodowego, czyli 1051,50zł na osobę w przypadku gospodarstw jednoosobowych lub, w przypadku wieloosobowych gospodarstw domowych, nie przekracza 792 zł na osobę w rodzinie

[9] *Art. 7. Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu: 1) ubóstwa; 2) sieroctwa; 3) bezdomności; 4) bezrobocia; 5) niepełnosprawności; 6) długotrwałej lub ciężkiej choroby; 7) przemocy w rodzinie; 7a) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; 8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 9) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; 10) (uchylony) 11) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; 12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; 13) alkoholizmu lub narkomanii; 14) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; 15) klęski żywiołowej lub ekologicznej……Ustawa o pomocy społecznej, z dnia 12 marca 2004 r.*

Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez Caritas Archidiecezji Gdańskiej oraz Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rumi – Partnera projektu wykorzystywanie mojego wizerunku przez Realizatora projektu lub przez inne osoby na zlecenie organizatora, w tym na obrót egzemplarzami, na których utrwalono ten wizerunek, oraz na zwielokrotnianie wizerunku wszelkimi dostępnymi aktualnie technikami i metodami, rozpowszechnianie oraz publikowanie, także wraz z wizerunkami innych osób utrwalonymi w ramach realizacji projektu *„Wspieramy ich codzienność",* służących rozpowszechnieniu i nagłośnieniu akcji poprzez rozpowszechnianie wizerunku w: a) mediach elektronicznych, w szczególności na stronach internetowych; b) prasie; c) wewnętrznych publikacjach Caritas Archidiecezji Gdańskiej; d) broszurach, ulotkach, plakatach, gazetkach itp.; 2. Oświadczam, że wykorzystanie wizerunku zgodnie z niniejszą Zgodą nie narusza niczyich dóbr osobistych ani innych praw. 3. Realizator może przenieść na inne podmioty prawo do korzystania z wizerunku na zasadach określonych w niniejszej Zgodzie, w celu promocji działań w zakresie realizacji konkursu. 4. Oświadczam, że niniejszą zgodę udzielam nieodpłatnie.	
Oświadczam, że zostałem(-łam) poinformowany(a) że projekt pn. „Wspieramy ich codzienność" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach realizowanego Działania 6.2.2. Rozwój usług społecznych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020	
Oświadczam, że zapoznałam(-łem) się z REGULAMINEM UCZESTNICTWA W PROJEKCIE *„Wspieramy ich codzienność" i akceptuję jego warunki*	
Będę przestrzegał/a praw i obowiązków uczestnika Projektu określonych indywidualnie w innych dokumentach dot. naboru do ww. zadania oraz w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.	
Oświadcza, że zostałem poinformowany, że wsparcia w zakresie specjalistycznych (rehabilitacyjnych) usług opiekuńczych w ramach rehabilitacji fizycznej i usprawniania zaburzonych funkcji organizmu udzielone zostanie w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.)	
W przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów potwierdzających sytuację zawodową i społeczną oraz wyrażam zgodę na monitoring efektów reintegracji w okresie do trzech miesięcy po zakończeniu uczestnictwa w projekcie.	
W przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie będę dobrowolnie i systematycznie uczestniczył/a w działaniach realizowanych w ramach Projektu a w przypadku rezygnacji odpowiednio wcześniej poinformuję realizatora oraz zobowiązuję się do złożenia zał. nr 6 do niniejszego regulaminu.	
Zawarte w formularzu dane są prawdziwe i jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania o zmianie jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu.	
Miejscowość **Data**	
Podpis kandydata	