



Fundusze Europejskie
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**DOLNY
ŚLĄSK**

Nr rekrutacyjny

Data i godzina złożenia formularza:.....

Podpis osoby przyjmującej formularz.....

Formularz rekrutacyjny do projektu „Usługi społeczne kluczem do samodzielności i aktywności mieszkańców powiatu kłodzkiego”

Wnioskodawca	Fundacja „Razem” ul. Mieszka I 2/7, 58 – 309 Wałbrzych
Tytuł/nr projektu	„Usługi społeczne kluczem do samodzielności i aktywności mieszkańców powiatu kłodzkiego” FEDS.09.01-IP.02-0011/23
Priorytet	Priorytet 9. Fundusze Europejskie na rzecz transformacji obszarów górniczych na Dolnym Śląsku
Działanie	Działanie 9.1 Transformacja społeczna

UWAGA:

1. Formularz do projektu powinien być wypełniony elektronicznie lub odręcznie w sposób czytelny oraz powinien być podpisany w miejscach do tego wskazanych.
2. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę (obok skreślenia) a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
3. Każde pole formularza powinno zostać wypełnione, w przypadku gdy dane pole nie dotyczy Kandydata, należy umieścić adnotację „nie dotyczy”.
4. Przed złożeniem wypełnionego formularza Kandydat powinien zapoznać się z regulaminem Uczestnictwa w projekcie pn. „Usługi społeczne kluczem do samodzielności i aktywności mieszkańców powiatu kłodzkiego”.



Fundusze Europejskie
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**DOLNY
ŚLĄSK**

I CZĘŚĆ: DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI			
Imię:			
Nazwisko:			
PESEL:			
Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe	
Miejsce zamieszkania:			
Województwo:			
Powiat:			
Gmina:			
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Obszar	<input type="checkbox"/> miejski	<input type="checkbox"/> wiejski	
Ulica:			
Nr budynku:		Nr lokalu:	
Telefon kontaktowy:			
Adres e-mail			
Status Uczestnika/Uczestniczki projektu w chwili przystąpienia do projektu			
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	
	w tym:	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna ¹ <input type="checkbox"/> inne	
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo ²	w tym:	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne
II CZĘŚĆ – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU W PROJEKCIE (kryteria formalne)			
Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria. Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie MUSI PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERA FORMALNE			

¹ Osoba długotrwale bezrobotna to osoba pozostająca bez zatrudnienia w okresie nie krótszym niż 6 miesięcy w przypadku osób do 24 roku życia i osoba pozostająca bez zatrudnienia w okresie nie krótszym niż 12 miesięcy w przypadku osób powyżej 24 roku życia

² Osoba bierna zawodowo — Osoby bierne zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie są osobami pracującymi ani bezrobotnymi).



Mieszkam na terenie powiatu kłodzkiego	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą z niepełnosprawnością posiadającą orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zgodnie z Ustawą z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczenie równoważne, które wymagają usługi asystenta w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym	<input type="checkbox"/> Tak W tym <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dziecko do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności, łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji <input type="checkbox"/> nie dotyczy 	<input type="checkbox"/> Nie

III CZĘŚĆ – KRYTERIA MERYTORYCZNE (pierwszeństwa)

Proszę zaznaczyć X jeśli spełnia Pan/Pani kryteria merytoryczne (Jeśli należy Pan/Pani do grupy osób preferowanych do objęcia wsparciem to otrzyma Pan/Pani dodatkowe punkty w procesie rekrutacji. Jeśli nie spełnia Pan/Pani kryteriów preferowanych nadal możliwy jest udział w projekcie).

Osoby z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> +3 pkt
--	------------------------------	------------------------------	---------------------------------



(zaświadczenie z właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)			
<p>Osoba lub rodziny zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego – więcej niż 2 (przesłanki określone w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej) tj.</p> <p><input type="checkbox"/> ubóstwa;</p> <p><input type="checkbox"/> sieroctwa;</p> <p><input type="checkbox"/> bezdomności;</p> <p><input type="checkbox"/> bezrobocia;</p> <p><input type="checkbox"/> niepełnosprawności;</p> <p><input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby;</p> <p><input type="checkbox"/> przemocy domowej;</p> <p><input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;</p> <p><input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;</p> <p><input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;</p> <p><input type="checkbox"/> 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 przesłanki obligatoryjnego udzielenia zezwolenia na pobyt czasowy w celu połączenia się z rodziną ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;</p> <p><input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;</p> <p><input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii;</p> <p><input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;</p> <p><input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej.</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie</p>	<p><input type="checkbox"/> +8 pkt</p>
<p>Osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub</p> <p>Osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie</p>	<p><input type="checkbox"/> +8 pkt</p>



intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)			
Osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (zaświadczenie z właściwego OPS lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> + 10 pkt
CZĘŚĆ IV- INFORMACJA O UCZESTNIKU PROJEKTU			
Osoba z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> Tak Orzeczenie ważne do	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
w tym ³ :	osoba z niepełnosprawnością:		
	<input type="checkbox"/> sprzężoną <input type="checkbox"/> intelektualną		
W przypadku osoby z niepełnosprawnością prosimy o informację dotyczące posiadanego orzeczenie o niepełnosprawności i/lub zdolności do pracy	Zakład Ubezpieczeń Społecznych:	Powiatowy zespół orzekania o niepełnosprawności:	
	<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu lekkim <input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym <input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu znacznym	
Osoba z zaburzeniami psychicznymi	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym ⁴	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	

³ Jeśli dotyczy

⁴ Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem to :a) osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 163); b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 43, poz. 225, z późn. zm.);c) osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j. Dz. U. z 2015 r.



Osoła w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Osoła należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoła obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Jestem osołą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Jestem osołą zamieszkującą samotnie ?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji

CZĘŚĆ V - INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI/TRUDNOŚCI WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Mam problemy:

podczas wykonywania czynności domowych	<input type="checkbox"/> Tak, jakie?	<input type="checkbox"/> Nie
w korzystaniu ze środków lokomocji i przemieszczaniu się	<input type="checkbox"/> Tak, jakie?	<input type="checkbox"/> Nie
w korzystaniu z dostępnych na rynku form wsparcia w zakresie różnego rodzaju rehabilitacji	<input type="checkbox"/> Tak, jakie?	<input type="checkbox"/> Nie
przy załatwianiu spraw w urzędach, ośrodkach zdrowia itp. ...	<input type="checkbox"/> Tak, jakie?	<input type="checkbox"/> Nie

poz. 332, z późn. zm.); d) osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 382); e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.); f) osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375); g) rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością; h) osoby korzystające z PO PŻ.

Projekt pt. „Usługi społeczne kluczem do samodzielności i aktywności mieszkańców powiatu kłodzkiego”

Projekt współfinansowany z programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021–2027 (FEDS 2021–2027),

Fundusz na Recz Sprawiedliwej Transformacji

Priorytet 9 Fundusze Europejskie na rzecz transformacji obszarów górniczych na Dolnym Śląsku

Działanie 9.1 Transformacja społeczna





w kontaktach z innymi ludźmi – rodzina, znajomi itp.	<input type="checkbox"/> Tak, jakie?	<input type="checkbox"/> Nie
w korzystaniu z różnych źródeł informacji, czytanie, prowadzenie korespondencji itp.	<input type="checkbox"/> Tak, jakie?	<input type="checkbox"/> Nie
w korzystaniu z oferty edukacyjnej, kulturalnej, sportowej, turystycznej	<input type="checkbox"/> Tak, jakie?	<input type="checkbox"/> Nie
Sytuacja rodzinna		
Kto wspiera Panią/Pana w radzeniu sobie z codziennymi czynnościami	<input type="checkbox"/> rodzice <input type="checkbox"/> współmałżonek <input type="checkbox"/> dzieci <input type="checkbox"/> rodzeństwo <input type="checkbox"/> pracownicy instytucji, jakiej?..... <input type="checkbox"/> inne osoby, jakie?..... <input type="checkbox"/> Nikt mnie nie wspiera	
Czy chciałaby pani dodać jeszcze jakieś informacje na temat Pana/Pani potrzeb, problemów rodzinnych	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

Czy chciałby/aby Pan/Pani dodać jeszcze inne informacje na temat Pana/Pani potrzeb/problemów społecznych?	
<input type="checkbox"/> Tak, jakie?
<input type="checkbox"/> Nie	



Fundusze Europejskie
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**DOLNY
ŚLĄSK**

Jestem osobą z niepełnosprawnością posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym, umiarkowanym lub traktowane na równi do wymienionych potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj.

- wsparcia niezbędnego do aktywnego funkcjonowania społecznego
- wsparcia niezbędnego do aktywnego funkcjonowania zawodowego
- wsparcia niezbędnego do aktywnego funkcjonowania edukacyjnego
- wsparcia w zakresie opieki higienicznej oraz pomocy w czynnościach higienicznych

Ja, niżej podpisany/a* oświadczam, że:

- 1) Zgłaszam chęć udziału w Projekcie PT. "Usługi społeczne kluczem do samodzielności i aktywności mieszkańców powiatu kłodzkiego" współfinansowanym z programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021–2027 (FEDS 2021–2027), Fundusz na Recz Sprawiedliwej Transformacji Priorytet 9 Fundusze Europejskie na rzecz transformacji obszarów górniczych na Dolnym Śląsku Działanie 9.1 Transformacja społeczna
- 2) Zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt: „Usługi społeczne kluczem do samodzielności i aktywności mieszkańców powiatu kłodzkiego” jest współfinansowany z programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021–2027 (FEDS 2021–2027), Fundusz na Recz Sprawiedliwej Transformacji Priorytet 9 Fundusze Europejskie na rzecz transformacji obszarów górniczych na Dolnym Śląsku Działanie 9.1 Transformacja społeczna.
- 3) Akceptuję fakt, że złożone przeze mnie dokumenty rekrutacyjne nie są równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora projektu.
- 4) Zapoznałem/-am się z Regulaminem w/w Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim.
- 5) Deklaruję uczestnictwo we wszystkich formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Realizatora projektu.
- 6) Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
- 7) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb realizacji programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021–2027, zgodnie z art. 29 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) – dalej **RODO**.
- 8) Nie jestem zatrudniony/-a na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę oraz na podstawie umów prawa cywilnego, a także nie prowadzę działalności gospodarczej ani rolniczej.
- 9) Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (email).
- 10) Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.
- 11) Zostałem poinformowany/a* o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej).
- 12) Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej (np. podjęcie zatrudnienia).
- 13) Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie: " Usługi społeczne kluczem do samodzielności i aktywności mieszkańców powiatu kłodzkiego" oraz zgodę na udział w procesie rekrutacyjnym.



Fundusze Europejskie
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**DOLNY
ŚLĄSK**

- 14) Świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym do projektu są zgodne z prawdą.
- 15) W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie: „Usługi społeczne kluczem do samodzielności i aktywności mieszkańców powiatu kłodzkiego” zgłaszam potrzebę/y wynikające z posiadanej niepełnosprawności lub wynikające z innych potrzeb związanych z udziałem w przedmiotowym projekcie:

Tak, proszę napisać jaką/jakie

.....
.....
.....

Nie

.....
Data i podpis Kandydata/Kandydatki lub
opiekuna prawnego*