



Załącznik nr 7 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Przepis na Wsparcie – rozwój usług społecznych na obszarze gm. Połczyn-Zdrój” **FEPZ.06.18-IP.01-0017/24** współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027.

Potwierdzenie złożenia formularza rekrutacyjnego (wypełnia personel projektu)			
Data wpływu Formularza	Godzina	Numer zgłoszenia	Podpis osoby przyjmującej formularz

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA OSOBY REALIZUJĄCEJ SASIEDZKIE
USŁUGI OPIEKUŃCZE**

w ramach projektu „Przepis na Wsparcie – rozwój usług społecznych na obszarze gm. Połczyn-Zdrój”

- 1. Dane osobowe Kandydata/Kandydatki na osobę świadczącą usługi sąsiedzkie** (wypełnić czytelnie w języku polskim oraz zaznaczyć odpowiedź znakiem x we właściwej kratce)

Dane:
Obywatelstwo:
Imię:
Nazwisko:
PESEL:
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wiek: (w chwili przystąpienia do projektu)



Wykształcenie:

- niższe niż podstawowe (ISCED 0)
- podstawowe (ISCED 1)
- gimnazjalne (ISCED 2)
- ponadgimnazjalne (ISCED 3)
- policealne (ISCED 4)
- wyższe (ISCED 5-8)

Województwo:

Powiat:

Gmina:

Miejscowość:

Ulica:

Nr budynku:

Nr lokalu:

Kod pocztowy:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

OSOBA BIERNA ZAWODOWO

tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jest osobą pracującą ani bezrobotną

W TYM OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU

W TYM OSOBA UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE

- studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące
- dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierające naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących
- doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie; w przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność



	gospodarczą zalicza się do osób pracujących; w przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, zalicza się do osób bezrobotnych	
W TYM	INNE	
OSOBA BEZROBOTNA		
- osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia		
W TYM	OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA tj. pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat – z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego	
W TYM	INNE	
OSOBA PRACUJĄCA		
W TYM	OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W PODMIOCIE WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA PEDAGOGICZNA)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA NIEPEDAGOGICZNA)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA ZARZĄDZAJĄCA)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA NA UCZELNI	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE NAUKOWYM	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE BADAWCZYM	



W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE DZIAŁAJĄCYM W RAMACH SIECI BADAWCZEJ ŁUKASIEWICZ			
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W MIĘDZYNARODOWYM INSTYTUCIE NAUKOWYM			
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA DLA FEDERACJI PODMIOTÓW SYSTEMU SZKOLNICTWA WYŻSZEGO I NAUKI			
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA NA RZECZ PAŃSTWOWEJ OSOBY PRAWNEJ			
W TYM	INNE			
OSOBA OBCEGO POCHODZENIA tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów	TAK			NIE
OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec	TAK			NIE
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaïmska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI	NIE
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ 1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie;	TAK			NIE



<p>2. Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane);</p> <p>3. Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemie, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą;</p> <p>4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia;</p> <p>5. Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt</p>				
--	--	--	--	--





<p>stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.</p>			
<p>OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.</p>	<p>TAK</p>	<p>ODMOWA PODANIA INFORMACJI</p>	<p>NIE</p>

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

2. Przedłożone dokumenty (zaznaczyć składane dokumenty):

- Zaświadczenie z rejestru mieszkańców potwierdzające zamieszkanie na terenie gminy Połczyn-Zdrój.
- Klauzula informacyjna RODO.



3. Oświadczenia Kandydata/Kandydatki

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. Mieszkam na terenie gminy Połczyn-Zdrój. W załączeniu składam dokument potwierdzający spełnienie wskazanego kryterium.
2. Jestem osobą pełnoletnią, nie jestem członkiem rodziny, oddzielnie zamieszkującym małżonkiem, wstępnym ani zstępnym osoby na rzecz której będę świadczył sąsiedzkie usługi opiekuńcze.
3. Jestem zdolna/y do pracy na rzecz osoby niesamodzielnej, zamieszkuję w jej sąsiedztwie, pozostaję z nią w częstym kontakcie i zostałam/em przez nią zaakceptowany w roli opiekuna. Mam możliwość świadczenia sąsiedzkich usług opiekuńczych wobec osoby niesamodzielnej na zasadach określonych w Projekcie.
4. Nie korzystam z tego samego typu wsparcia z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
5. Zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie oraz z pozostałymi dokumentami dotyczącymi Projektu i akceptuję wszystkie ich postanowienia oraz zobowiązuję się do ich stosowania.
6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji oraz nabycia kompetencji.
7. Wyrażam zgodę na udział w ośmiogodzinnym szkoleniu z zakresu pierwszej pomocy w wyznaczonym przez Realizatora terminie.
8. Zobowiązuję się do rozliczania i umożliwienia monitorowania wykonywanych usług przy wykorzystaniu udostępnionych przez Realizatora i Partnera środków technicznych.
9. Wyrażam gotowość podpisania z Realizatorem Projektu umowy zlecenia, której przedmiotem będzie świadczenie przeze mnie sąsiedzkich usług opiekuńczych.
10. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. informacje są z zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Data i czytelny podpis Kandydata/Kandydatki na opiekuna



Oświadczenie osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny (wypełnia personel projektu)

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że dane uczestnika projektu zostały zweryfikowane na podstawie dokumentu tożsamości w dniu

.....

Data i podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny