

## FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU

*„Program wsparcia dla osób starszych i niepełnosprawnych z gminy Korfantów, Łambinowice i Tułowice - III edycja”.*

<b>(WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE)</b>	
<b>NR FORMULARZA</b>	<b>DATA WPŁYWU</b>

### **UWAGA!!!**

Niniejszy Formularz należy wypełnić drukowanymi literami w języku polskim we wszystkich wymaganych polach – zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.

#### **A. DANE UCZESTNIKA**

<b>1.</b>	<b>DANE PODSTAWOWE</b>	<b>Imię(imiona)</b>	
		<b>Nazwisko</b>	
		<b>Data urodzenia</b>	
		<b>PESEL</b>	
		<b>Płeć</b>	<b>K / M</b>
<b>2.</b>	<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>	<b>Ulica</b>	
		<b>Nr domu</b>	
		<b>Nr lokalu</b>	
		<b>Miejscowość</b>	
		<b>Kod pocztowy</b>	
		<b>Gmina</b>	
		<b>Powiat</b>	
	<b>Ulica</b>		

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020

3.	<b>ADRES DO KORESPONDENCJI</b> (wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania wskazany powyżej)		
		<b>Nr domu</b>	
		<b>Nr lokalu</b>	
		<b>Miejscowość</b>	
		<b>Kod pocztowy</b>	
		<b>Gmina</b>	
		<b>Powiat</b>	
		<b>Województwo</b>	
4.	<b>DANE KONTAKTOWE</b> (inne niż adres zamieszkania)	<b>Numer telefonu<sup>1</sup></b>	
		<b>Adres e-mail</b>	
5.	<b>STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY NA DZIEŃ PODPISANIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO</b>	1. Osoba bezrobotna <sup>2</sup> zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy 2. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy 3. Osoba bierna zawodowo <sup>3</sup> 4. Osoba pracująca <sup>4</sup> 5. Osoba na rencie	
6.	<b>Osoba z niepełnosprawnościami</b>	TAK NIE	
7.	<b>Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</b>	TAK NIE	
8.	<b>Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu</b>	TAK NIE	

9.	<b>Rodzaj wnioskowanego wsparcia</b>	W warunkach domowych  W warunkach ośrodka dziennego
10.	<b>Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione)</b>	TAK NIE Odmowa podania informacji

11.	<b>Szczegóły wsparcia dla delegujących i osób delegowanych do projektu (wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)</b>	Data rozpoczęcia udziału w projekcie: ..... Data zakończenia udziału w projekcie: .....
-----	--	--

<sup>1</sup>(Pole obowiązkowe! W przypadku braku osobistego numeru telefonu, należy wskazać numer należący do innej osoby, która umożliwi nawiązanie kontaktu z Kandydatem)

<sup>2</sup>Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia; w tym osoba, która nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego.

<sup>3</sup>To osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna. Za bierne zawodowo uznaje się m.in. osoby przebywające na urlopie wychowawczym; studentów studiów stacjonarnych.

<sup>4</sup>Za osoby pracujące uznaje się:

1. Osoby prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową;
2. Członka rodziny bezpłatnie pomagającego osobie prowadzącej działalność gospodarczą;
3. Osobę przebywającą na urlopie macierzyńskim/ rodzicielskim.

## B. KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE – właściwe zaznaczyć „X”

(wypełnia Uczestnik – PACJENT)

		TAK	NIE
1.	Jestem mieszkańcem gminy Korfantów, Łambinowice lub Tułowice		
2.	Jestem osobą z niepełnosprawnością, to jest: a) osobą niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 2046 z późn. zm.), b) osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 2017 r., poz. 882),		
3.	Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności wydane przez upoważniony organ /w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza/		
4.	Jestem osobą niesamodzielną, tj. osobą, 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		
5.	Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów na lata 2014 – 2020,		
6.	Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ),		
7.	Jestem osobą (lub członkiem rodziny) korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, to jest: <input type="checkbox"/> ubóstwa, <input type="checkbox"/> sieroctwa, <input type="checkbox"/> bezdomności, <input type="checkbox"/> bezrobocia, <input type="checkbox"/> niepełnosprawności, <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby, <input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie, <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi, <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii, <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności,		

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020

	<input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej,		
8.	Jestem osobą która ukończyła 65 rok życia		
9.	Jestem osobą która może uczestniczyć we wszystkich planowanych w ramach Projektu formach wsparcia		

## OŚWIADCZENIE O BRAKU WYŁĄCZENIA Z MOŻLIWOŚCI KORZYSTANIA Z USŁUG OFEROWANYCH W PROJEKCIE (wypełnia Uczestnik- PACJENT)

Ja (imię i nazwisko).....

oświadczam, że nie jestem wyłączonej z możliwości korzystania z usług oferowanych w ramach projektu: **„Program wsparcia dla osób starszych i niepełnosprawnych z gminy Korfantów, Łambinowice i Tułowice - III edycja”**, które zostały wskazane w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa tj.: w czasie uczestnictwa w projekcie nie korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych. Oświadczam, że nie korzystam w ramach innych projektów współfinansowanych z środków UE z pomocy/świadczeń, którymi zostaną objęty w ramach projektu: **„Program wsparcia dla osób starszych i niepełnosprawnych z gminy Korfantów, Łambinowice i Tułowice - III edycja”**. Oświadczam, iż posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.).

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków  
Europejskiego Funduszu Społecznego

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020

## OŚWIADCZENIE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą<sup>10</sup> oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą i ze stanem faktycznym.

.....  
*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

.....  
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

---

<sup>10</sup>Zgodnie z Art. 233 § 1 Kodeksu karnego (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 1137 z późn. zm.): Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

## OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ I AKCEPTACJI REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a:											
Posiadający/a nr Pesel:											
Zamieszkały/a (adres zamieszkania kandydata/kandydatki)	Ulica										
	Nr domu/lokalu										
	Kod pocztowy										
	Miejscowość										

**świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą<sup>1</sup>**

**OŚWIADCZAM, że:**

Zapoznałem/am się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. **„Program wsparcia dla osób starszych i niepełnosprawnych z gminy Korfantów, Łambinowice i Tułowice - III edycja”**, realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, przez Opolskie Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o. w Korfantomie.

Przyjmuję do wiadomości możliwość zmiany Regulaminu<sup>2</sup>, o którym mowa wyżej i zobowiązuję się każdorazowo do zapoznania się ze zmianami w wyżej wymienionym dokumencie w całym okresie realizacji Projektu.

Deklaruję swój udział w projekcie **„Program wsparcia dla osób starszych i niepełnosprawnych z gminy Korfantów, Łambinowice i Tułowice - III edycja”** realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, przez Opolskie Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o. w Korfantomie.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Uczestnika

<sup>1</sup> Pouczenie: Zgodnie z Art. 233 § 1 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2016 r., poz. 1137, z późn. zm.): Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

<sup>2</sup> Zmieniony Regulamin będzie każdorazowo przedstawiony uczestnikowi Programu do zapoznania się.



