



**Załącznik nr 1** do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Pomocna Dłoń dla mieszkańców gminy Kowary – usługi społeczne dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**” FEDS.07.07-IP.02-0091/23 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027

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

### **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

w ramach projektu „**Pomocna Dłoń dla mieszkańców gminy Kowary – usługi społeczne dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**”

<b>DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY</b> (Dotyczy opiekunów prawnych - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie)	
<b>IMIĘ</b>	
<b>NAZWISKO</b>	

**1. Dane osobowe Uczestnika** (wypełnić czytelnie w języku polskim, zaznaczyć x)

<b>Dane:</b>
<b>Obywatelstwo:</b>
<b>Imię:</b>
<b>Nazwisko:</b>





<b>PESEL:</b>	
<b>Płeć:</b> <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
<b>Wiek:</b> (w chwili przystąpienia do projektu)	
<b>Wykształcenie:</b> <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)	
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr budynku:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Telefon kontaktowy:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>OSOBA BIERNA ZAWODOWO</b> tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jest osobą pracującą ani bezrobotną	
<b>W TYM</b>	<b>OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU</b>





W TYM	<b>OSOBA UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE</b> - 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	
<b>OSOBA BEZROBOTNA</b> - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia		
W TYM	<b>OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA</b> 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	
<b>OSOBA PRACUJĄCA</b>		
W TYM	<b>OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK</b>	
W TYM	<b>OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ</b>	
W TYM	<b>OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ</b> (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)	
W TYM	<b>OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ</b>	
W TYM	<b>OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP</b>	
W TYM	<b>OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE</b>	





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				
<b>OSOBA OBCEGO POCHODZENIA</b> tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów		TAK		NIE	
<b>OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO</b> tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec		TAK		NIE	
<b>OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ</b> mniejszości narodowe:		TAK	ODMOWA PODANIA INFORMACJI	NIE	





<p>białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie</p>				
<p><b>OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ</b></p> <p>1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie;</p> <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</p>	<p>TAK</p>		<p>NIE</p>	





<p>zajmujące ziemię, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą;</p> <p>4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwale, 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 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><b>OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI</b> 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.</p>	TAK	ODMOWA PODANIA INFORMACJI		NIE





Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.						
<b>Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną (posiadająca więcej niż jedną niepełnosprawność):</b>						
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie						
<b>Osoba z zaburzeniami psychicznymi:</b>						
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie						
<b>Osoba z niepełnosprawnością intelektualną:</b>						
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie						
<b>Osoba z całościowym zaburzeniem rozwojowym zgodnym z ICD10:</b>						
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie						
<b>Osoba korzystająca z programu Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową:</b>						
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie						

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**czytelny podpis**

**2. Przedłożone dokumenty uzupełniające, potwierdzające stan zdrowia i status Kandydata/cki (zaznaczyć składane dokumenty):**

<input type="checkbox"/> Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu:		
<input type="checkbox"/> znacznym	<input type="checkbox"/> umiarkowanym	<input type="checkbox"/> lekkim
<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność sprzężona		
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej		
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie o leczeniu i stanie zdrowia		

7





<input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań (jeśli dotyczy)
<input type="checkbox"/> Ocena funkcjonowania wg skali Barthel
<input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający zamieszkanie na terenie Gminy Kowary np. pierwsza strona PIT, wyciąg z US, kserokopia decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, umowa najmu, pierwsza strona rachunku lub faktury za media/ścieki/odpady komunalne wskazująca adresata, wydruk ze strony PUE bądź inny wystawiony dokument potwierdzający zamieszkanie
<input type="checkbox"/> Umowa potwierdzająca uczestnictwo w programie Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową
<input type="checkbox"/> inny dokument (jaki?) ..... .....

**3. Wniosek Kandydata/cki o wybór podstawowej formy wsparcia, z której chciałby skorzystać (proszę wybrać jedną):**

1.	Sąsiedzka usługa opiekuńcza	<input type="checkbox"/>
2.	Dzienny Dom Pomocy	<input type="checkbox"/>
3.	Mieszkanie wspomagane	<input type="checkbox"/>

**4. Wniosek o objęcie dodatkową formą wsparcia:**

1.	Teleopieka	<input type="checkbox"/>
----	------------	--------------------------

**5. Oświadczenia Kandydata/cki**

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. mieszkam na terenie Gminy Miejskiej Kowary. W załączeniu składam dokument potwierdzający spełnienie wskazanego kryterium
2. nie korzystam z tego samego typu wsparcia z Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Projekcie oraz z pozostałymi dokumentami dotyczącymi Projektu, oraz akceptuję wszystkie postanowienia i zobowiązuję się do ich stosowania.
4. 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.





Fundusze Europejskie  
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



**DOLNY  
ŚLĄSK**

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**czytelny podpis**



**Future**



**KOWARY**  
miasto z tradycjami



**Ponadto Oświadczam, że (jeśli dotyczy):**

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: posiadam orzeczenie o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności ....., o numerze .....wydane przez ..... w dniu ....., na okres.....które stanowi załącznik do dokumentacji rekrutacyjnej.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą chorującą psychicznie. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z całościowym zaburzeniem rozwoju zgodnie z ICD10. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: korzystam z programu Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego





Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą samotnie zamieszkującą i prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisana oświadczam, że: jestem kobietą

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

**6. 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





## 7. Określenie kryteriów premiujących Kandydata (wypełnia personel projektu)

Nazwa kryterium premiującego	TAK	NIE
a) Znaczny bądź umiarkowany stopień niepełnosprawności (orzeczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Niepełnosprawność sprzężona (orzeczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Choroby psychiczne (orzeczenie)- 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Niepełnosprawność intelektualna (orzeczenie)- 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Całościowe zaburzenia rozwojowe zgodnie z ICD10 (orzeczenie, zaświadczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Samotne zamieszkiwanie (oświadczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Korzystanie z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (umowy) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Płeć- kobieta (oświadczenie) - 5 pkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Suma uzyskanych punktów:</b>	<b>pkt.</b>	

.....  
Miejscowość, data

.....  
czytelny podpis Specjalisty ds. rekrutacji

