

# FORMULARZ REKRUTACYJNY

kandydata, który chciałby otrzymać usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania

Jest to formularz rekrutujący uczestników do projektu **WSPIERAMY NIESAMODZIELNYCH I ICH OPIEKUNÓW**, który jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

Okres realizacji projektu to 16 miesięcy od **1.04.2021 do 31.07.2022**.

Okres rekrutacji: od **15.02.2021 do wyczerpania miejsc**.

Projekt będzie realizowany przez fundację **WSPIERAMY** (Beneficjent realizujący projekt) w partnerstwie z **Caritas Diecezji Sosnowieckiej** (Partner projektu).

Przed wypełnieniem formularza zapoznaj się proszę z Regulaminem rekrutacji do projektu, który jest dostępny na stronie internetowej [www.wspieramy.org.pl](http://www.wspieramy.org.pl), [www.sosnowiec.caritas.pl](http://www.sosnowiec.caritas.pl) a także w biurze projektu (Centrum Aktywności Obywatelskiej, ul. Sienkiewicza 6A, Dąbrowa Górnicza).

W przypadku pytań prosimy o kontakt pod numerem telefonu **881 688 824**.

Formularz wypełnia kandydat (lub opiekun prawny lub opiekun faktyczny).

- odpowiedzi obowiązkowe

## Kryterium obowiązkowe

### 1. Czy mieszkasz na terenie gminy Dąbrowa Górnicza? \*

Tak

Nie

Jeśli wybrałeś/wybrałaś odpowiedź Tak zaakceptuj poniższe oświadczenie.

Oświadczam, że mieszkam na terenie gminy Dąbrowa Górnicza.

### 2. Czy korzystasz ze wsparcia długoterminowej opieki pielęgniarstwa lub specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych przez MOPS lub poradni leczenia ran przewlekłych lub opieki hospicjum domowego? \*

Tak, korzystam

Nie, nie korzystam

### 3. Czy korzystasz z tożsamych, bezpłatnych usług, które są opisane w regulaminie rekrutacji §5 Formy wsparcia. \*

1) usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania; 2) usługi cateringowe; 3) usługi fryzjera/kosmetyczki  
4) usługi psychologa/prawnika/dietetyka/fizjoterapeuty.

Tak

Nie

Jeśli wybrałeś/wybrałaś odpowiedź Nie zaakceptuj poniższe oświadczenie.

Oświadczam, że nie otrzymuję wsparcia w tożsamym zakresie, które jest opisane w regulaminie rekrutacji do projektu §5 Formy wsparcia.

### 4. Czy potrzebujesz wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (jesteś 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)? \*

Kąpanie się/mycie się (Potrzebuję pomocy przy myciu się lub kąpaniu się).

Tak  Nie

Ubieranie się i rozbieranie (Potrzebuję pomocy np. przy wkładaniu i zdejmowaniu bielizny, wyjmowaniu ubrań z szafy, używaniu suwaka i guzików).

Tak  Nie

Korzystanie z toalety (Potrzebuję pomocy np. przy samodzielnym pójściu do toalety, załatwianiu potrzeb fizjologicznych, korzystaniu z basenu).

Tak  Nie

Poruszanie się (Potrzebuję pomocy innej osoby przy przemieszczaniu się)

Tak  Nie

Jedzenie (Potrzebuję pomocy przy jedzeniu).

Tak  Nie

Kontrolowane wydalanie moczu i stolca (Mam problem z całkowitą kontrolą nad trzymaniem moczu i stolca).

Tak  Nie

Jeżeli zaznaczyłeś/zaznaczyłaś co najmniej jedną odpowiedź w ramach pytania nr 4 na Tak oznacza to że, jesteś osobą która potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Dostarcz zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie, inny dokument poświadczający stan zdrowia lub/i zaakceptuj poniższe oświadczenie.

Oświadczam, że potrzebuję wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (ze względu na mój stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagam opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego).

**5. Czy jesteś osobą samotną lub osobą której rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości? \***

Tak

Nie

Jeśli wybrałeś/wybrałaś odpowiedź Tak zaakceptuj jedno z poniższych oświadczeń.

Oświadczam, że jestem osobą samotną – osobą samotnie gospodarującą, niepozostającą w związku małżeńskim i nieposiadającą wstępnych ani zstępnych, która jest pozbawiona pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości (dot. osoby samotnej w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)

Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą – osobą prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe, której wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą zapewnić pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości (dot. osoby samotnie gospodarującej w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)

Oświadczam, że jestem osobą, której rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości.

Kryterium pierwszeństwa (dochodowe)

**6. Czy Twój dochód przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie? \***

1051,50zł - dla osoby samotnie gospodarującej lub 792,00zł - dla osoby w rodzinie

Tak, przekracza

Nie, nie przekracza

Proszę dostarczyć zaświadczenie o dochodach lub inne dokumenty określające Twój dochód (np. zaświadczenie z MOPS, odcinek renty lub emerytury, PIT za rok poprzedni).

Kryterium preferencji (punktowe)

**7. Czy jesteś osobą lub rodziną, która korzysta ze świadczeń z pomocy społecznej (zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub osobą 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) \***

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 przesłanki obowiązkowego 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; 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.

Tak  Nie

Jeśli wybrałeś/wybrałaś odpowiedź Tak dostarcz zaświadczenie z MOPS o korzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej lub/i zaakceptuj poniższe oświadczenie.

Oświadczam, że jestem osobą korzystającą ze świadczeń z 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.

### **8. Czy jesteś osobą, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym \***

Przepisy ustawy stosuje się w szczególności do: 1) bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 2) uzależnionych od alkoholu, 3) uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających, 4) chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, 5) długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, 6) zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 7) uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 8) osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

Tak

Nie

Jeśli wybrałeś/wybrałaś odpowiedź Tak dostarcz zaświadczenie z UP (Urzędu Pracy) o zatrudnieniu socjalnym lub/i zaakceptuj poniższe oświadczenie.

Oświadczam, że jestem osobą o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym.

### **9. Czy jesteś osobą z niepełnosprawnością? \***

Niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolności do wykonywania pracy zawodowej.

- Tak, o lekkim stopniu niepełnosprawności
- Tak, o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- Tak, o znacznym stopniu niepełnosprawności
- Tak, z niepełnosprawnością sprzężoną
- Tak, z zaburzeniami psychicznymi
- Tak, z niepełnosprawnością intelektualną
- Tak, z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi
- Nie mam orzeczenia o niepełnosprawności
- Inne:.....

Jeśli jesteś osobą z niepełnosprawnością dostarcz kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.

## 10. Czy jesteś osobą, która korzysta z PO PŻ (Programu Operacyjnego Pomocy Żywnościowej)? \*

Tak

Nie

Jeśli wybrałeś odpowiedź Tak dostarcz zaświadczenie dot. korzystania z PO PŻ lub/i zaakceptuj poniższe oświadczenie.

Oświadczam, że jestem osobą, która korzysta z PO PŻ (Programu Operacyjnego Pomocy Żywnościowej).

### Dane osobowe kandydata

<b>IMIĘ:</b>	
<b>NAZWISKO:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>PŁEĆ (K/M):</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>DANE KONTAKTOWE:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr budynku/ nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Telefon kontaktowy:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

### Klauzula informacyjna o ochronie danych osobowych

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE informuję, iż:

1. Administratorem Twoich danych osobowych jest WSPIERAMY (ul. Sienkiewicza 6a, 41-300 Dąbrowa Górnicza);
2. Twoje dane osobowe, przetwarzane będą w celach związanych z potencjalnym udziałem w projekcie, w tym:
  - a) w celu przeprowadzenia procedury rekrutacji do ww. projektu;
  - b) w celu odpowiadania na pisma, wnioski i zapytania dot. wyników rekrutacji;
3. Twoje dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych powyżej celów, tj. w przypadku rekrutacji - do zakończenia rekrutacji, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa lub dla realizacji przez administratora jego uzasadnionego interesu.
4. Posiadasz prawo do żądania od administratora:
  - a) dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych,
  - b) prawo do ich sprostowania,
  - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych w przypadku gdy:

- osoba której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych,
  - przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba której dane dotyczą sprzeciwia się usunięciu danych żądając w zamian ich ograniczenia,
  - administrator nie potrzebuje już danych do swoich celów, ale osoba której dane dotyczą potrzebuje ich do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń,
  - d) prawo do cofnięcia zgody (w zakresie w jakim zgoda została udzielona. Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem),
  - e) prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych oparte jest na podstawie niezbędności do celów wynikających z prawnie uzasadnionego interesu administratora,
  - f) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. Prawo do bycia zapomnianym) w przypadku gdy:
    - dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,
    - osoba której dane dotyczą wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych,
    - osoba której dane dotyczą, cofnęła zgodę na której opiera się przetwarzania i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania,
    - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
    - dane muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa.
5. Masz prawo wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Podanie przez Ciebie danych osobowych jest warunkiem przeprowadzenia procesu rekrutacji do projektu
7. Podanie innych danych niż wynikających z formularza zgłoszeniowego jest dobrowolne. W zakresie w jakim dane osobowe są zbierane na podstawie zgody, podanie danych osobowych jest dobrowolne.
8. W przypadku zakwalifikowania do projektu sporządzona zostanie odrębna klauzula dotycząca ochrony danych osobowych w kontekście udziału w projekcie.

## OŚWIADCZENIA SZCZEGÓLNE

Proszę zaakceptuj poniższe oświadczenia. \*

- Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą i jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń. \*
- Jestem świadomy/świadoma, iż w razie złożenia przeze mnie oświadczeń niezgodnych z prawdą, skutkujących po stronie Beneficjenta realizującego projekt, obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w ww. projekcie, Beneficjent realizujący projekt będzie miał prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej. \*
- Jestem świadomy/świadoma, iż zgłoszenie się do udziału w projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem. \*

**Data wypełnienia formularza (rrrr-mm-dd):**

**Podpis kandydata (lub opiekuna faktycznego):**

Za moment zgłoszenia kandydata do projektu przyjmuje się datę złożenia kompletu dokumentacji (formularz rekrutacyjny oraz dodatkowe dokumenty opisane w formularzu).