

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Klub Seniora

„Młodzi mimo wieku”

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**.

Projekt jest realizowany przez fundację **WSPIERAMY** w partnerstwie z **Caritas Diecezji Sosnowieckiej**.

Okres rekrutacji do klubu seniora: od **17 maja 2021 do wyczerpania miejsc**.

Przed wypełnieniem formularza zapoznaj się proszę z Regulaminem rekrutacji do projektu, który jest dostępny na stronie internetowej www.wspieramy.org.pl.

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

- 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 jesteś osobą starszą w wieku powyżej 60 lat? *

Tak

Nie

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

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).

Kryterium pierwszeństwa (dochodowe)

5. 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)

6. 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 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; 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 dostarczyć 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.

7. 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) długotrwałe 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.

8. 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.

9. 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

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

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:

- Administratorem Twoich danych osobowych jest **WSPIERAMY** (ul. Sienkiewicza 6a, 41-300 Dąbrowa Górnicza);
- Twoje dane osobowe, przetwarzane będą w celach związanych z potencjalnym udziałem w projekcie, w tym:
 - w celu przeprowadzenia procedury rekrutacji do ww. projektu;
 - w celu odpowiadania na pisma, wnioski i zapytania dot. wyników rekrutacji;
- 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.
- Posiadasz prawo do żądania od administratora:
 - dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych,
 - prawo do ich sprostowania,
 - 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,
 - 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),
 - prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych oparte jest na podstawie niezbędności do celów wynikających z prawnie uzasadnionego interesu administratora,
 - 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.
- Masz prawo wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 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:

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