**FORMULARZ REKRUTACYJNY I KARTA ZGŁOSZENIA**

**DLA OPIEKUNA OSOBY ZALEŻNEJ**

**,,Ponadgminne Centrum Wsparcia Osób Niesamodzielnych oraz Ich Opiekunów"**

nr projektu **FEMP.08.06-IP.01-1310/24** realizowanego w ramach Fundusze Europejskie dla sprawiedliwej Transformacji Małopolski Zachodniej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027

|  |  |
| --- | --- |
| **UZUPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA FORMULARZ** | |
| Data i godzina przyjęcia formularza |  |
| Podpis osoby przyjmującej formularz |  |
| Indywidualny numer kandydata |  |

**Wszystkie pola muszą być wypełnione.**

**Prosimy o czytelne wypełnienie formularza, najlepiej DRUKOWANYMI LITERAMI**

*(Proszę zaznaczyć znakiem „x" poprawne odpowiedź)*

1. **DANE KANDYDATA – OPIEKUN OSOBY ZALEŻNEJ (faktyczny/nieformalny)**

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ:** |  |
| **NAZWISKO:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **PŁEĆ (K/M):** |  |
| **WIEK**  **w chwili przystąpienia do projektu:** |  |
| **WYKSZTAŁCENIE:** | ❒ niższe niż podstawowe  ❒ podstawowe  ❒ gimnazjalne  ❒ ponadgimnazjalne  ❒ policealne  ❒ wyższe |
| **DANE KONTAKTOWE:** | |
| **WOJEWÓDZTWO:** |  |
| **POWIAT:** |  |
| **GMINA:** |  |
| **MIEJSCOWOŚĆ:** |  |
| **ULICA:** |  |
| **NR BUDYNKU:** |  |
| **NR LOKALU:** |  |
| **KOD POCZTOWY:** |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY:** |  |
| **ADRES E-MAIL:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:** | |
| * osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | * osoba długotrwale bezrobotna * inne |
| * osoba bezrobotna zarejestrowana  w ewidencji urzędów pracy | * osoba długotrwale bezrobotna * inne |
| * osoba bierna zawodowo | * osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu * osoba ucząca się w tym: planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia: …………………………. * inne |
| * osoba pracująca |  |
| W jakiej Instytucji jest Pani/Pani  ubezpieczony/a? | * ZUS * KRUS * INNE / podać jakie....... * NIE JESTEM UBEZPIECZONY/A |
| Czy jest Pani/Pan opiekunem faktycznym deklarującym chęć powrotu na rynek pracy? | * TAK * NIE |
| Czy jest Pan/Pani opiekunem faktycznym będącym osobą posiadającą status osoby bezrobotnej/biernej zawodowo, deklarującej chęć powrotu do pracy? | * TAK * NIE |

|  |  |
| --- | --- |
| **Status osoby sprawującej opiekę na osobą zależną w chwili przystąpienia do projektu:** | |
| Czy jest Pan/Pani osobą będącą opiekunem faktycznym  osoby zależnej? | ❒ **TAK**  ❒ **NIE**  **Grupa/stopień niepełnosprawności:**  ❒ umiarkowana❒znaczna  ❒ sprzężona |
| Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnością, która pełni funkcję opiekuna faktycznego? | ❒ **TAK**  ❒ **NIE**  **Jeśli tak, zaznacz poniżej posiadanie:**  ❒orzeczenie niepełnosprawności  ❒renta inwalidzka |
| Czy jest Pan/Pani osobą posiadającą dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności w wieku przedszkolnym/ szkolnym i pełni funkcje opiekuna faktycznego na rzecz osoby zależnej? | ❒ **TAK**  ❒ **NIE** |
| Czy jest Pan/Pani osobą posiadającą dziecko z zaświadczeniem o zaburzeniach / trudnościach z poradni psychologiczno-pedagogicznych i pełni funkcje opiekuna faktycznego na rzecz osoby zależnej? | ❒ **TAK**  ❒ **NIE** |
| Czy jest Pan/Pani osobą opiekującą się dzieckiem/dziećmi w wieku przedszkolnym/szkolnym który równocześnie opiekuje się osobą zależną? | ❒ **TAK**  ❒ **NIE** |
| Czy jest Pan/Pani samotnym rodzicem dziecka z niepełnosprawnością realizującą wsparcie na rzecz osoby zależnej? | ❒ **TAK**  ❒ **NIE** |

1. **OPIEKA WYTCHNIENIOWA DLA OPIEKUNA OSOBY ZALEŻNEJ**

Czy Pani/ Pan chcą skorzystać z opieki wytchnieniowej, jeśli tak proszę wypełnić pkt 1 i 2.

❒ **TAK** ❒ **NIE**

1. **Dane osoby z niepełnosprawnością:**

Imię i nazwisko: …………………………………………..................................................................................

Data urodzenia: …………………….……………………..................................................................................

Informacje na temat ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się lub poruszania się....................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

**2. Forma świadczenia usług opieki wytchnieniowej obejmuje min. 2 dni i max. 14 dni.**

Zaznacz zakres czasowy:

❒ do 7 dni

❒ do 14 dni

**III. OŚWIADCZENIA:**

W związku z przystąpieniem do projektu **,,Ponadgminne Centrum Wsparcia Osób Niesamodzielnych oraz Ich Opiekunów"** oświadczam, że:

1. Wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w projekcie ,,Ponadgminne Centrum Wsparcia Osób Niesamodzielnych oraz Ich Opiekunów";
2. Zostałam/em poinformowana/y że projekt ,,Ponadgminne Centrum Wsparcia Osób Niesamodzielnych oraz Ich Opiekunów” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Sprawiedliwej Transformacji;
3. Dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Fundację Rozwoju Przedsiębiorczości i Inicjatyw Społecznych Proelio w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. Zostałam pouczona/y o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
4. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
5. Zapoznałam/em się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* ,,Ponadgminne Centrum Wsparcia Osób Niesamodzielnych oraz Ich Opiekunów*”*, akceptuję jego treść i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nim zawartych;
6. Spełniam wszystkie kryteria dostępu (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie;
7. Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku przez Fundację Rozwoju Przedsiębiorczości i Inicjatyw Społecznych Proelio w celach realizacji i promocji projektu ,,Ponadgminne Centrum Wsparcia Osób Niesamodzielnych oraz Ich Opiekunów";
8. Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału   
   w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych   
   w projekcie.
9. W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie wyrażam zgodę na podanie wszystkich danych, o których mowa w Wytyczne dotyczące warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2021-2027 i w Wytyczne dotyczące monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej).
10. Mam prawo do dostępu do moich danych osobowych oraz do ich poprawiania.
11. Oświadczam, że nie jestem uczestnikiem innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach Funduszu Sprawiedliwej Transformacji, w którym przewidziane formy wsparcia uczestnika są tego samego rodzaju lub zmierzają do tego samego celu/korzyści dla uczestnika projektu.
12. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.

Miejscowość ……………………………………., data ………………………....

..…………………………………………………………………….

*Podpis Kandydata/Kandydatki*

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym przez Współadministratorów – Fundację Rozwoju Przedsiębiorczości i Inicjatyw Społecznych PROELIO oraz Biznes, Innowacje, Szkolenia s.c. Katarzyna Burzyńska–Ptaszek, Wojciech Burzyński – w celu wzięcia udziału w procesie rekrutacji do Projektu „Ponadgminne Centrum Wsparcia Osób Niesamodzielnych oraz ich Opiekunów”, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych znajdują się w § 13 Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Ponadgminne Centrum Wsparcia Osób Niesamodzielnych oraz ich Opiekunów”.

*..........................................................................*

*(**data i czytelny podpis Kandydata/Kandydatki)*