***Załącznik nr 1***

***do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa***

***w projekcie : „Anioł stróż”***

*Projekt „Anioł Stróż” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego przez Gminę Miasto Stalowa Wola/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stalowej Woli w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 – 2020 Oś priorytetowa VIII Integracja społeczna Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych oraz budżetu Państwa.*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU**

**„ANIOŁ STRÓŻ”**

Złożenie niniejszego formularza stanowi pierwszy etap rekrutacji i nie jest jednoznaczne z przyjęciem do Projektu.

Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z *Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie* „Anioł stróż”.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa beneficjenta (Projektodawcy)** | **Gmina Stalowa Wola/ Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stalowej Woli** |
| **Tytuł projektu** | Anioł stróż |
| **Oś Priorytetowa** | VIII Integracja społeczna |
| **Działanie** | 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych |
| **Nr projektu** | RPPK.08.03.00-18-0049/18 |
| **Okres realizacji** | 01.08.2019 – 31.12.2021 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje wypełniane przez upoważnionego pracownika projektu** | |
| Indywidualny Numer Zgłoszenia (INZ) |  |
| Data wpływu formularza |  |
| Godzina przyjęcia formularza |  |
| Podpis osoby przyjmującej formularz |  |

*UWAGA:*

1. Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Każdy punkt formularza musi być wypełniony, jeśli nie dotyczy proszę wpisać odpowiednio BRAK, NIE DOTYCZY lub myślnik. Oryginał formularza nie podlega zwrotowi.
2. Osoby zainteresowane udziałem w projekcie zobowiązane są do złożenia prawidłowo wypełnionych Dokumentów Rekrutacyjnych wraz z wymaganymi załącznikami.
3. Dokumenty Rekrutacyjne należy złożyć w Biurze Projektu w terminie rekrutacji, w dniach od poniedziałku do piątku, w godzinach od 730 – 1530 lub za pośrednictwem pracownika socjalnego.
4. Beneficjent zastrzega, iż wypełnienie i złożenie Dokumentów Rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne  
   z przyjęciem do uczestnictwa w projekcie.

**INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU** | | | | | |
| Imię |  | | | | |
| Nazwisko |  | | | | |
| Data urodzenia |  | | | | |
| Płeć | Kobieta | | Mężczyzna | | |
| PESEL | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  | | | | |
| Wykształcenie | brak formalnego wykształcenia  kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej  kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej  kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej  kształcenie ukończone na poziomie szkoła policealna, ale nieukończone studia wyższe. Każda szkoła po zdaniu matury  kształcenie ukończone na poziomie: studiów np. Nauczycielskie Kolegium Językowe, Kolegium Pracowników Służb Społecznych  kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich  kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych magisterskich  kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych doktoranckich | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | | |
| Ulica: |  | | | | |
| Nr domu: |  | Nr lokalu: | | |  |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: | | |  |
| Gmina: |  | Powiat: | | |  |
| Województwo |  | | | | |
| Obszar zamieszkania | miejski | | | wiejski | |
| Telefon stacjonarny |  | | | | |
| Telefon komórkowy: |  | | | | |
| Adres e-mail: |  | | | | |

**II. INFORMACJE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejsce zamieszkania zgodnie z Kodeksem Cywilnym – województwo podkarpackie - Gmina Stalowa Wola | | TAK  NIE |
| Wiek powyżej 50 roku życia | | TAK  NIE |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością, to jest[[1]](#footnote-1):   * osobą niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, (Dz.U. z 2019r. poz. 1172); * osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r.o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016r., poz. 546, z późn. zm.); * osobą niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2018r. poz.1270) * Proszę podać stopień niepełnosprawności | | TAK  NIE  ODMOWA PODANIA DANYCH  lekki  umiarkowany/częściowa niezdolność do pracy  znaczny/całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji  nie dotyczy  odmowa podania danych |
| Proszę wskazać rodzaj niepełnosprawności | | sprzężona[[2]](#footnote-2)  intelektualna  zaburzenia psychiczne  całościowymi zaburzeniami rozwoju  inna  nie dotyczy  odmowa podania informacji |
| Jestem osobą niesamodzielną, tj. osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub pomocy  w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych (należy dołączyć zaświadczenie od lekarza) | | TAK  NIE  odmowa podania informacji |
| Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 | | TAK  NIE |
| Jestem członkiem rodziny korzystającej z Program Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 | | TAK  NIE |
| Jestem osobą lub członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej[[3]](#footnote-3)(Dz.U. z 2019r. poz. 1507). | | TAK  NIE |
| Jestem osobą, u której dochód **nie przekracza** 150% kryterium dochodowego dla osoby samotnie gospodarującej lub na osobie w rodzinie | | TAK  NIE |
| Jestem osobą, u której dochód **przekracza** 150% kryterium dochodowego dla osoby samotnie gospodarującej lub osobie w rodzinie | | TAK  NIE |
| Dodatkowe potrzeby związane z uczestnictwem w projekcie (jakie?) | …………………………………………………… | |

**Załączniki składane na etapie rekrutacji:**

1.Oświadczenie Kandydata/ki o zapoznaniu się i akceptacji Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie pt. „Anioł stróż”;

2. Ankieta rekrutacyjna Kandydata/ki;

3. Oświadczenie Kandydata/ki o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.

* **Oświadczam,** iż zamieszkuję na terenie województwa podkarpackiego - Gmina Stalowa Wola.
* **Oświadczam,** iż zostałem/am poinformowany/a o przyjętych kryteriach kwalifikacyjnych do projektu pt. „Anioł stróż” realizowanym w okresie od 1 sierpnia 2019 roku do 31 grudnia 2021 roku w ramach Oś Priorytetowa VIII Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2024 – 2020.
* **Oświadczam,** iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Województwa Podkarpackiego na lata 2014 – 2020 Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych oraz budżetu Państwa.
* **Oświadczam,** iż jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 8 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym do udziału w projekcie są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że przedłożenie nieprawdziwego oświadczenia/zaświadczenia lub podanie danych w Formularzu Rekrutacyjnym niezgodnych ze stanem faktycznym będzie skutkowało wykluczeniem z projektu „Anioł stróż” oraz zostanie potraktowane, jako próba wyłudzenia środków finansowych i będzie podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.
* **Oświadczam,** że zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu, w tym również po zakończeniu projektu.
* W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie „Anioł stróż” zobowiązuje się   
  do dostarczenia wszelkich dokumentów potwierdzających dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym.

*……......................................................*

*Data i czytelny podpis Kandydata/tki*

1. Kandydat/ka ma prawo odmowy podania danych. Odmowa udzielenia informacji będzie skutkować brakiem możliwości udziału w projekcie. [↑](#footnote-ref-1)
2. Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną – osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności. [↑](#footnote-ref-2)
3. Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu: -ubóstwa, - sieroctwa, - bezdomności, - bezrobocia, -niepełnosprawności, - długotrwałej lub ciężkiej choroby, - przemocy w rodzinie, - potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi, - potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, - bezradności w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzeniu gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych i wielodzietnych, - trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczpospolitej 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 z rodziną ust.1.Pkt 1 lit. C lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013r. o cudzoziemcach;- trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, - alkoholizmu lub narkomanii, - zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, - klęski żywiołowej lub ekologicznej. [↑](#footnote-ref-3)