***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)