**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU**

**pn.: „WSPIERAMY- POMAGAMY – DZIAŁAMY – WSPARCIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH NA TERENIE SUBREGIONU PÓŁNOCNEGO WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO”**

**Nr projektu FEOP.07.01-IZ.0062/23**

w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027,

Oś priorytetowa VII - Fundusze Europejskie wspierające usługi społeczne i zdrowotne w opolskim, działanie 7.1 Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa

Ja niżej podpisany/a dobrowolnie deklaruję chęć uczestnictwa projekcie pn. **„Wspieramy- pomagamy – działamy – wsparcie usług opiekuńczych na terenie subregionu północnego województwa opolskiego”, w ramach**

Zgłaszam się do udziału w projekcie w ramach następującej formy wsparcia (proszę zaznaczyć odpowiednią opcję lub opcje):

[ ]  Przyznanie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania

[ ]  Usługi opiekuńcze realizowane w Dziennym Domu Pobytu

[ ]  Dzienne usługi opieki wytchnieniowej w placówce

[ ]  Wsparcie dla opiekunów faktycznych (szkolenia)

**Uwaga:**

**Wybór konkretnej formy wsparcia nie gwarantuje jej przyznania. Ostateczna kwalifikacja oraz zakres przydzielonych usług zostaną określone po przeprowadzeniu analizy sytuacji kandydata, zgodnie z założeniami projektu.**

| 1. **DANE UCZESTNIKA**
 |
| --- |
| **OBYWATELSTWO** |  |
| **IMIĘ** |  |
| **NAZWISKO** |  |
| **PESEL/INNY IDENTYFIKATOR** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PŁEĆ** | **MĘŻCZYZNA** |  | **KOBIETA** |  | **WIEK** (w chwili przystąpienia do projektu) |  |
| **WYKSZTAŁCENIE:** | **ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0–2)**(przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum) |  |
| **PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4)**(osoby, które ukończyły szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną) |  |
| **WYŻSZE (ISCED 5–8)**(osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie) |  |
| **DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY** (Dotyczy rodziców/opiekunów prawnych - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby nieletniej lub osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie) |
| **IMIĘ** |  |
| **NAZWISKO** |  |

| **BEZPOŚREDNIE DANE KONTAKTOWE DO UCZESTNIKA**  |
| --- |
| WOJEWÓDZTWO |  |
| POWIAT |  |
| GMINA |  |
| MIEJSCOWOŚĆ |  |
| ULICA |  |
| NR BUDYNKU |  |
| NR LOKALU |  |
| KOD POCZTOWY |  |
| TELEFON KONTAKTOWY |  |
| ADRES E-MAIL |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZY POSIADA PAN/PANI SPECJALNE POTRZEBY W KONTEKŚCIE DOSTĘPNOŚCI DO USŁUGI**(Jeśli TAK, to jakie, proszę wpisać poniżej) | TAK |  | ODMOWA PODANIA INFORMACJI |  | NIE |  |
| **SPECJALNE POTRZEBY W KONTEKŚCIE DOSTĘPNOŚCI DO USŁUGI** |  |

W związku z przystąpieniem do projektu oświadczam, że spełniam kryteria przynależności do grupy docelowej.

**Spełniam kryteria obligatoryjne tj.:**

* jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (w tym osoba starsza (pow. 60 r. życia) i/lub osoba z niepełnosprawnościami (potwierdzone orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności)
* zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego jedną z gmin:
  ☐ Olesno  ☐ Gorzów Śląski  ☐ Kluczbork

**Spełniam kryteria premiujące – fakultatywne:**

*Należy wstawić „X” w rubrykach, które dotyczą sytuacji Kandydata/-tki do Projektu*

[ ]  jestem osobą mieszkającą samotnie;

[ ]  jestem osobą korzystającą z programu FEPŻ 2021-2027[[1]](#footnote-1);

[ ]  jestem osobą ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności[[2]](#footnote-2);

[ ]  jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną[[3]](#footnote-3);

[ ]  jestem osobą mieszkającą i/lub pracującą i/lub uczącą się na Obszarze Strategicznej Interwencji (OSI) wskazanym w Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego (KSRR), tj. miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze tj. Miasta Kluczbork, i/lub obszarów zagrożonych trwałą marginalizacją tj. Gorzów Śląski[[4]](#footnote-4).

[ ]  jestem osobą zamieszkującą obszar wiejski4

Ja niżej podpisany/-na uprzedzony/-na o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Data i miejsce.......................................................................

Czytelny podpis.....................................................................

1. Potwierdzone zaświadczeniem z OPS [↑](#footnote-ref-1)
2. Potwierdzone orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności. [↑](#footnote-ref-2)
3. Potwierdzone dokumentem potwierdzającym niepełnosprawność sprzężoną. [↑](#footnote-ref-3)
4. Potwierdzone jednym z poniższych dokumentów:

Dokumenty potwierdzające spełnienie kryterium:

- oświadczenie właściciela lub najemcy lokalu, który potwierdzi stały pobyt oraz dokument potwierdzający, że osoba podpisująca to oświadczenie jest jego właścicielem lub najemcą,

lub

- umowa o pracę lub zaświadczenie o zatrudnieniu,

lub

- zawarta umowa na media zawierające adres zamieszkania na terenie woj. opolskiego,

lub

- ubezpieczenie z tytułu wykonywanej pracy,

lub

- potwierdzenie posiadania rachunku bankowego zawierającego adres na terenie województwa opolskiego. [↑](#footnote-ref-4)