

Załącznik nr 1B
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
„RUSZ - Rozwój Usług Społeczno-Zdrowotnych dla mieszkańców Gminy Kielce”

**FORMULARZ REKRUTACYJNY
DLA OSOBY KORZYSTAJĄCEJ ZE WSPARCIA
W FILII OŚRODKA WSPARCIA DZIENNEGO DLA OSÓB CHORYCH NA ALZHEIMERA
z siedzibą przy ul. Jana Nowaka-Jeziorańskiego 53**

Data wpływuGodz
Nr identyfikacji

I. Dane osobowe

1.	Imię
2.	Nazwisko
3.	PESEL
4.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
5.	Wiek
6.	Data i miejsce urodzenia
7.	Obywatelstwo
8.	Adres zamieszkania/przebywania	Miejscowość: Ulica: Nr domu....., nr lokalu: kod pocztowy:
	Telefon kontaktowy
	Adres e-mail
9.	Jakie posiadasz wykształcenie?	<input type="checkbox"/> Zawodowe <input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne lub policealne <input type="checkbox"/> Wyższe
10.	Czy jesteś osobą obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
11.	Czy jesteś obywatelem krajów trzecich (kraju spoza UE)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



12.	Czy jesteś osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
13.	Czy jesteś osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej?	<p>A. Czy jesteś osobą z niepełnosprawnościami?</p> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <p>Jeśli tak, to jaki masz stopień niepełnosprawności?</p> <input type="checkbox"/> Znaczny/I grupa inwalidzka <input type="checkbox"/> Umiarkowany/II grupa inwalidzka <input type="checkbox"/> Lekki/III grupa inwalidzka
		<p><i>Weryfikacja – dokument potwierdzający niepełnosprawność wydany przez właściwy organ orzekający</i></p> <p>B. Czy jesteś osobą z niepełnosprawnością sprzężoną, z zaburzeniami psychicznymi, niepełnosprawnością intelektualną i całościowymi zaburzeniami rozwojowymi?</p> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
		<p><i>Weryfikacja – dokument potwierdzający niepełnosprawność wydany przez właściwy organ orzekający</i></p>
14.	Czy jesteś osobą zamieszkującą samotnie?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
15.	Czy jesteś osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
16.	Czy jesteś osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
17.	Czy jesteś osobą z zaburzeniami demencyjnymi w tym z chorobą Alzheimera	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <p><i>Weryfikacja – zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia</i></p>
18.	Czy jesteś osobą uczestniczącą w zajęciach Filii Ośrodka Wsparcia Dziennego dla Osób Chorych na Alzheimera	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <p><i>Weryfikacja – oświadczenie pracownika FOWD</i></p>
19.	Jaki posiadasz status na rynku pracy?	<p>Oświadczam, że jestem:</p> <input type="checkbox"/> Osobą pracującą <input type="checkbox"/> Osobą bezrobotną, w tym: <input type="checkbox"/> osobą długotrwale bezrobotną <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Osobą bierną zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> osobą nie uczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu, <input type="checkbox"/> osobą uczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu, <input type="checkbox"/> inne
20.	Wykonywany zawód	<p>.....</p>



21.	Miejsce zatrudnienia	Nazwa zakładu pracy..... Miejscowość..... Kod pocztowy..... ulica.....
22.	Oświadczam, że obecnie nie korzystam z tego samego wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

II. Oświadczenia:

1.	Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 17) przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że podane przeze mnie w formularzu rekrutacyjnym dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
2.	Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie, nie zgłaszam do niego zastrzeżeń i zobowiązuję się przestrzegać jego postanowień.
3.	Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
4.	Oświadczam, że zostałem poinformowany o dofinansowaniu projektu pn. „RUSZ – Rozwój Usług Społeczno-Zdrowotnych dla mieszkańców Gminy Kielce” ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027.
5.	Oświadczam, że zostałem poinformowany, że udział w projekcie jest bezpłatny.
6.	Przyjmuję do wiadomości, że złożenie formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne z przyjęciem mnie do uczestnictwa w projekcie.
7.	Oświadczam, że zostałem poinformowany, że po zakwalifikowaniu mnie do projektu otrzymuję status uczestnika projektu w dniu otrzymania pierwszej formy wsparcia.
8.	Oświadczam, że zostałem poinformowany o prawie dostępu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania i przetwarzania przez administratora danych osobowych - Zarząd Województwa Świętokrzyskiego z siedzibą w Kielcach, al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce, pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 oraz Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Kielcach ul. Studzienna 2, 25-544 Kielce będący Beneficjentem projektu.
9.	Oświadczam, że udzielam dla Beneficjenta (MOPR) i Partnera (Spółdzielnia Socjalna Tropem Przygody) realizatorów projektu, nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć, filmów itp. nośników informacji z moim wizerunkiem w ramach realizacji projektu bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystywanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, filmów itp. za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu realizacji projektu.
10.	Oświadczam, że dobrowolnie deklaruję udział w projekcie.

Kielce, dnia.....

.....
(podpis kandydata/opiekuna prawnego)

III. Załączniki wymagane od Klienta

Nazwa załącznika	Wypełnia pracownik MOPR	
1. Dokumenty osoby wypełniającej formularz	tak	nie dotyczy

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dla osoby chorej na Alzheimerera		
2. Kserokopia* dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność		
3. Kserokopia* postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego dla osoby z zaburzeniami demenetywnymi w tym z chorobą Alzheimerera		
4. Załącznik Nr 2A – Skala Katza – skala funkcjonowania codziennego (ADL)		
5. Załącznik Nr 2B – Skala Lawtona – skala oceny złożonych czynności życia codziennego (IADL)		
6. Załącznik nr 2C – Skala Barthel		
7. Załącznik Nr 3 – Ankieta potrzeb/usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami		
8. Załącznik Nr 4 – Formularz klauzuli informacyjnej IZ		
9. Załącznik Nr 5 – Formularz klauzuli informacyjnej Beneficjenta		
10. Załącznik Nr 6 – Deklaracja uczestnictwa w projekcie		
Data i podpis pracownika Biura Projektu		

**Kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną (np. notariusza) lub oryginał przedłożony do wglądu i poświadczony przez pracownika MOPR lub pracownika FOWD*