**Data wpływu Formularza**

…………................................

Podpis……...................................................

**(**wypełnia pracownik M-GOPS)

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

dla kandydata/-tki na uczestnika/-czkę projektu pn.:

**„Centrum Usług Społecznych dla powiatu bełchatowskiego”**

**w Gminie Zelów**

dotyczy zadania Nr 6 – Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania Zelów realizowanego przez M-GOPS w Zelowie

**Poniższy formularz ma na celu zebranie informacji umożliwiających proces kwalifikujący kandydatów do uczestnictwa w w/w projekcie**

**Uwaga!**

1. Formularz rekrutacyjny powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Jeżeli formularz będzie wypełniany komputerowo nie należy zmieniać układu tabel.
2. Przed wypełnieniem formularza rekrutacyjnego prosimy zapoznać się z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Centrum Usług Społecznych dla powiatu bełchatowskiego” w Gminie Zelów
3. Formularz należy złożyć osobiście w siedzibie biura projektu w terminie od 06.04.2018 do 24.04.2018.
4. Wszystkie pola należy wypełnić. Jeżeli dane pole nie dotyczy Kandydata, należy wpisać „nie dotyczy” lub wstawić znak „-” (minus).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Lp.** | **Kategoria danych** | **Dane** |
| **Dane kandydata/-ki** | 1 | Imię (imiona) |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | Płeć | * Kobieta |
| * Mężczyzna |
| 4 | Data i miejsce urodzenia |  |
| 5 | PESEL |  |
| **Adres zameldowania /zamieszkania \*** | 6 | Ulica |  |
| 7 | Nr domu/ lokalu |  |
| 8 | Miejscowość |  |
| 9 | Gmina |  |
| 10 | Obszar | * Obszar miejski |
| * Obszar wiejski |
| 11 | Kod pocztowy |  |
| 12 | Województwo | łódzkie |
| 13 | Powiat | bełchatowski |
| 14 | Telefon stacjonarny |  |
| 15 | Telefon komórkowy |  |
| 16 | Adres poczty elektronicznej  (e-mail) |  |
| **Sytuacja kandydata/-ki na uczestnika/-kę** | 17 | Jestem osobą niesamodzielną samotną | * Tak |
| * Nie |
| Jestem osobą niesamodzielną, którą opiekuje się rodzina/bliscy itp. | **□** Tak |
| **□** Nie |
| 18 | Jestem osobą obłożnie chorą (leżącą) | □ Tak |
| □ Nie |
| **Status osoby niepełnosprawnej** | 19 | Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (lub dokument równoważny) | □ Tak (proszę załączyć kserokopię, oryginał do wglądu) |
| □ Nie |
| **Predyspozycje kandydata/-ki na uczestnika/-kę** | 23 | Mam trudności z wykonywaniem podstawowych potrzeb życiowych (zakupy, sprzątanie, utrzymanie  mieszkania w należytym porządku i czystości, przygotowanie posiłków, pomoc w utrzymaniu higieny osobistej) | □ Tak |
| □ Nie |
| 24 | Mam trudności w dotarciu do  placówek służby zdrowia, załatwianiem spraw „urzędowych” , mam problemy z utrzymywaniem kontaktów z otoczeniem, | □ Tak |
| □ Nie |
| **Uwarunkowania środowiskowe** | 25 | Korzystam / moja rodzina korzysta z pomocy Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej | □ Tak |
| □ Nie |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane kontaktowe rodzica/opiekuna kandydata/-ki** | Imię i nazwisko |  |
| Ulica |  |
| Nr domu/ lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Gmina |  |
| Telefon stacjonarny |  |
| Telefon komórkowy |  |
| Adres poczty elektronicznej  (e-mail) |  |

• Oświadczam, iż zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn.

„Centrum Usług Społecznych dla powiatu bełchatowskiego”, dotyczy zadania Nr 6 – Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania Zelów realizowanego przez partnera Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zelowie oraz zostałem/am poinformowany/a, że w/w projekt współfinansowany jest przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

• Uprzedzony/a i świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że przedstawione w formularzu dane są zgodne ze stanem rzeczywistym.

• Deklaruję gotowość i wolę uczestnictwa w formach wsparcia zaplanowanych w ramach projektu.

• Wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych, zbieranych w ramach rekrutacji i udziału w w/w projekcie do centralnego systemu teleinformatycznego SL 2014, o którym mowa w art. 69 ust. 1 ustawy z 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (tj. Dz. U. z 2017 r. poz.1460 ze zm.), wspierającej procesy dotyczące obsługi projektu od momentu podpisania umowy o dofinansowanie; (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych tj. Dz.U. z 2016 r., Nr 101, poz. 922 ze zm.)

• Wyrażam/nie wyrażam zgodę/zgody na publikację mojego wizerunku do celów związanych z realizacją projektu.

…………………………………………………………………………..

(miejscowość , data i czytelny podpis kandydata/-ki na uczestnika/czkę projektu)

………………………………………………………………………….

(podpis rodzica/prawnego opiekuna kandydata/ki na uczestnika/-czkę projektu)

\*w przypadku gdy adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania, w formularzu należy wpisać adres zameldowania, a także złożyć oświadczenie o miejscu zamieszkania