



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU PN. „WSPARCIE USŁUG SPOŁECZNYCH NA TERENIE GMINY RYTRO” w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027 Działanie: 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie - ZIT, Typ projektu: C	
Beneficjent	Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania Brama Beskidu Mostki 86, 33-340 Stary Sącz
Tytuł projektu	„Wsparcie usług społecznych na terenie Gminy Rytko”
Nr projektu	FEMP.06.33-IP.01-1544/24
Czas trwania projektu	od: 01-07-2025 do: 30-06-2028

CZĘŚĆ I. WYPEŁNIA KANDYDAT/KA

Lp.	Dane			
I	Dane osobowe	1	Imię	
		2	Nazwisko	
		3	Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
		4	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
		5	Obywatelstwo	☐ obywatelstwo polskie ☐ brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE ☐ brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec
		6	PESEL	



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu

		7	Wykształcenie	☐ średnie I stopnia lub niższe ☐ ponadgimnazjalne lub policealne ☐ wyższe
II	Adres zamieszkania	8	Kraj	
		9	Miejscowość	
		10	Gmina	
		11	Ulica	
		12	Nr budynku /Nr lokalu	
		13	Kod pocztowy	
		14	Województwo	
		15	Powiat	
III	Dane kontaktowe	16	Telefon kontaktowy	
		17	Adres e-mail	



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu

IV	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	1. Osoba bierna zawodowo	☐ Tak ☐ Nie
			w tym: ☐ osoba ucząca się/odbywająca kształcenie ☐ osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ inne
		2. Osoba pracująca	☐ Tak ☐ Nie



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu

			w tym: ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) ☐ osoba pracująca w MMŚP ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty: - kadra pedagogiczna ☐ - kadra niepedagogiczna ☐ - kadra zarządzająca ☐ ☐ osoba pracująca na uczelni ☐ osoba pracująca w instytucie naukowym ☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach sieci Badawczej Łukasiewicz ☐ osoba pracująca w instytucie badawczym ☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym ☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki ☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ inne
--	--	--	---



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu

			☐ Tak ☐ Nie
		3. Osoba bezrobotna	w tym: ☐ osoba długotrwale bezrobotna ☐ inne
V	Status osoby w chwili przystąpienia do projektu	Osoba obcego pochodzenia	☐ Tak ☐ Nie
		Osoba państwa trzeciego	☐ Tak ☐ Nie
		Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmawiam podania informacji
		Osoba z niepełnosprawnościami	☐ Tak ☐ Nie



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu

VI	KRYTERIA OBLIGATORYJNE	Osoba zamieszkująca, ucząca się lub pracująca na terenie Gminy Rytró kryterium będzie weryfikowane na podstawie <i>Zaświadczenia potwierdzającego adres zamieszkania/miejsca nauki/miejsca pracy, a gdy będzie to niemożliwe: oświadczenie kandydata potwierdzone przez pracownika OPS</i>	☐ Tak ☐ Nie
----	---------------------------	---	---



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu

	Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na wiek, chorobę (w tym zaburzenia psychiczne) lub niepełnosprawność ☐ Tak ☐ Nie kryterium będzie weryfikowane na podstawie <i>Zaświadczenia lekarskiego/ wywiadu środowiskowego/ zaświadczenia z OPS</i>
	- Osoba samotnie prowadząca gospodarstwo domowe (jeżeli TAK - kryterium będzie weryfikowane na podstawie wywiadu środowiskowego/ zaświadczenia z OPS) ☐ Tak ☐ Nie



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu

	- Osoba pozostająca w związku małżeńskim (jeżeli NIE - kryterium będzie weryfikowane na podstawie <i>Zaświadczenia z USC/ wywiadu środowiskowego/ zaświadczenia z OPS)</i>	☐ Tak ☐ Nie
	- Osoba posiadająca zstępnych i/lub wstępnych (tzn. dzieci, wnuki, rodziców, dziadków) (jeżeli NIE - kryterium będzie weryfikowane na podstawie <i>wywiadu środowiskowego/ zaświadczenia z OPS)</i>	☐ Tak ☐ Nie



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu

	Osoba, których rodzina (w tym wspólnie niezamieszkujący małżonek) zstępni i wstępni, nie mogą zaoferować wsparcia (jeżeli TAK - kryterium będzie weryfikowane na podstawie wywiadu środowiskowego/zaświadczenia z OPS) <i>W przypadku zaznaczenia TAK, należy uzupełnić pkt. IX-XII</i>	☐ Tak ☐ Nie	
VII	Proszę o wskazanie specjalnych potrzeb kandydata/kandydatki, związanych z udziałem w projekcie (np. korzystanie z pętli indukcyjnej, oznaczenie w alfabecie Braille, materiały drukowane większą czcionką, itp.)		
VIII	Informacja o osobie zgłaszanej jako opiekun sąsiedzki	Imię	
Nazwisko			
Telefon kontaktowy			



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu

IX	Informacje o osobach wstępnych kandydata/kandydatki do projektu (tj. rodzicach)	Dane rodziców (imię, nazwisko, adres zamieszkania)	
X	Informacje o osobach wstępnych kandydata/kandydatki do projektu (tj. dziadkach)	Dane dziadków (imię, nazwisko, adres zamieszkania)	
XI	Informacje o osobach zstępnych kandydata/kandydatki do projektu (tj. dzieciach) <i>W przypadku posiadania większej liczby dzieci prosimy o podanie danych na osobnej kartce</i>	Dane dzieci (imię, nazwisko, adres zamieszkania)	
XII	Informacje o osobach zstępnych kandydata/kandydatki do projektu (tj. wnukach) <i>W przypadku posiadania większej liczby dzieci prosimy o podanie danych na osobnej kartce</i>	Dane wnuków (imię, nazwisko, adres zamieszkania)	



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu

XIII	KRYTERIA PUNKTOWE	Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności? (jeżeli Tak - orzeczenie o niepełnosprawności/ zaświadczenie od lekarza)	☐ Tak ☐ Nie
		Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną (jeżeli Tak - orzeczenie o niepełnosprawności/ zaświadczenie od lekarza)	☐ Tak ☐ Nie
		Osoba z chorobą psychiczną (jeżeli Tak – orzeczenie o niepełnosprawności/ zaświadczenie od lekarza)	☐ Tak ☐ Nie
		Osoba z niepełnosprawnością intelektualną (jeżeli Tak – orzeczenie o niepełnosprawności/ zaświadczenie od lekarza)	☐ Tak ☐ Nie
		Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) (jeżeli Tak – orzeczenie o niepełnosprawności/ zaświadczenie od lekarza)	☐ Tak ☐ Nie
		Osoba korzystająca z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 (FEPŻ) (jeżeli Tak - zaświadczenie z OPS)	☐ Tak ☐ Nie
		Osoba zamieszkująca samotnie (jeżeli Tak – oświadczenie kandydata, potwierdzone przez pracownika OPS)	☐ Tak ☐ Nie



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu

	Osoba w kryzysie bezdomności, dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożona bezdomnością (w zakresie wsparcia mieszkaniowego) (jeżeli Tak - zaświadczenie z OPS)	☐ Tak ☐ Nie
Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i powierzanie moich danych osobowych/danych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym w celu rekrutacji, realizacji, monitoringu i sprawozdawczości projektu – proszę wpisać „TAK”		

.....
data

.....
czytelny podpis kandydata/ki do projektu

	Załączniki obligatoryjne:	Proszę zaznaczyć jeśli dotyczy	Ilość załączników
1.	Klauzula informacyjna RODO UP_OP (Załącznik nr 2 do Regulaminu)	☐	
2.	Oświadczenie OP (Załącznik nr 1 do Formularza)	☐	
3.	Formularz zgłoszeniowy OP (Załącznik nr 2 do Formularza)	☐	
Załączniki wynikające z indywidualnej sytuacji kandydata/ki do projektu			
1.	Zaświadczenie potwierdzające adres zamieszkania/miejsca nauki/miejsca pracy * niewłaściwe skreślić	☐	



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu

2.	Zaświadczenie lekarskie	☐	
3.	Wywiad środowiskowy	☐	
4.	Zaświadczenie z OPS	☐	
5.	Zaświadczenie z USC	☐	
6.	Orzeczenie o niepełnosprawności	☐	
7.	Oświadczenie kandydata/-tki potwierdzone przez pracownika OPS	☐	
8.	Diagnoza OPS	☐	
9.	Inne	☐	

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie „Wsparcie usług społecznych na terenie Gminy Rytro”, realizowanym przez Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania „Brama Beskidu” (Lider), Mostki 86, 33-340 Stary Sącz w partnerstwie z Gminą Rytro (Partner), 33-343 Rytko 265 w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, Priorytet 6 Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie - ZIT, Typ C. Usługi zgodne z zasadą deinstytucjonalizacji, w zakresie zapewnienia opieki osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym ze względu na wiek lub usługi w zakresie wsparcia opiekunów nieformalnych,
- znam kryteria kwalifikacyjne do projektu, zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji do projektu i zobowiązuje się do jego przestrzegania,
- w przypadku przyjęcia do projektu, zobowiązuje się do podpisywania wymaganych dokumentów związanych z moim uczestnictwem w projekcie,
- przyjmuję do wiadomości, że złożenie Formularza nie jest jednoznaczne z przyjęciem mnie do projektu,



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu

5. zostałem poinformowany/poinformowana, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021 – 2027,
6. wyrażam zgodę na nieodpłatne, niewyłączne, nieograniczone czasowo i terytorialnie wykorzystywanie mojego wizerunku do celów projektu (zgodnie z art. 81 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych - Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631 z późn. zm. z uwzględnieniem dyrektyw Wspólnot Europejskich),
7. przyjmuje do wiadomości, że usługi sąsiedzkie nie są opieką wytchnieniową, usługami opiekuńczymi, usługami specjalistycznymi, specjalistycznymi usługami opiekuńczymi dla osób z zaburzeniami psychicznymi ani asystenturą osobistą osób niepełnosprawnych, w związku z czym w żaden sposób nie mogą ich zastąpić.

Świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą.

.....
data

.....
czytelny podpis Kandydata/Kandydatki do projektu

Wypełnia osoba przyjmująca dokumenty			
Numer formularza	Data wpływu	Godzina	Czytelny podpis