

„Wsparcie usług społecznych poprzez utworzenie Placówki Diennej Opieki na terenie Gminy Łososina Dolna”

Załącznik nr 1

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU PN. „WSPARCIE USŁUG SPOŁECZNYCH POPRZEZ UTWORZENIE PLACÓWKI DZIENNEJ OPIEKI NA TERENIE GMINY ŁOSOSINA DOLNA” w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027 Działanie: 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie - ZIT, Typ projektu: C	
Beneficjent projektu	Gmina Łososina Dolna Łososina Dolna 300, 33-314 Łososina Dolna
Partner projektu	Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania Brama Beskidu Mostki 86, 33-340 Stary Sącz
Tytuł projektu	„Wsparcie usług społecznych poprzez utworzenie Placówki Diennej Opieki na terenie Gminy Łososina Dolna”
Nr projektu	FEMP.06.33-IP.01-1546/24
Czas trwania projektu	od: 01-09-2025 do: 30-04-2028

CZĘŚĆ I. WYPEŁNIA KANDYDAT/KA

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



„Wsparcie usług społecznych poprzez utworzenie Placówki Diennej Opieki na terenie Gminy Łososina Dolna”

Załącznik nr 1

		7	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne lub policealne <input type="checkbox"/> 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	



„Wsparcie usług społecznych poprzez utworzenie Placówki Diennej Opieki na terenie Gminy Łososina Dolna”

Załącznik nr 1

IV	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	1. Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
			<p>w tym:</p> <input type="checkbox"/> osoba ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne (m.in. osoby otrzymujące emeryturę, rentę, pomoc opieki społecznej)
		2. Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
			<p>w tym:</p> <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie

„Wsparcie usług społecznych poprzez utworzenie Placówki Diennej Opieki na terenie Gminy Łososina Dolna”

Załącznik nr 1

			<input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne
		3. Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
V	Status osoby w chwili przystąpienia do projektu	Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
		Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
		Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji

„Wsparcie usług społecznych poprzez utworzenie Placówki Diennej Opieki na terenie Gminy Łososina Dolna”

Załącznik nr 1

		Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
		Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji	
VI	KRYTERIA FORMALNE	Osoba zamieszkująca, ucząca się lub pracująca na terenie Gminy Łososina Dolna (kryterium będzie weryfikowane na podstawie – Oświadczenie – Załącznik nr 4)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
		Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (kryterium będzie weryfikowane na podstawie - Kwestionariusz oceny wsparcia i opieki)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
VII	Proszę wskazać szczególne potrzeby dla kandydata/teki w odniesieniu do udziału w projekcie (np. pętla indukcyjna, oznaczenie w alfabecie Braille, materiały drukowane większą czcionką itp.)			
VIII	Informacja o osobie zgłoszonej jako opiekuna faktycznego/niefORMALNEGO		Imię	
			Nazwisko	

„Wsparcie usług społecznych poprzez utworzenie Placówki Diennej Opieki na terenie Gminy
Łososina Dolna”

Załącznik nr 1

		Telefon kontaktowy		
IX	KRYTERIA PREFERENCJI	Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności? (jeżeli Tak - orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, orzeczenie o niezdolności do pracy, lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną (jeżeli Tak - orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, orzeczenie o niezdolności do pracy, lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		Osoba z chorobami psychicznymi (jeżeli Tak – zaświadczenie od lekarza)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		Osoba z niepełnosprawnością intelektualną (jeżeli Tak - orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, orzeczenie o niezdolności do pracy, lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) (jeżeli Tak – zaświadczenie od lekarza)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		Osoba korzystająca z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 (FEPŻ)? (jeżeli Tak - zaświadczenie z OPS/PCPR)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		Osoba zamieszkująca samotnie (jeżeli Tak – oświadczenie wg. wzoru Załącznik nr 5)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		Osoba w kryzysie bezdomności, dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożona bezdomnością (w zakresie wsparcia mieszkaniowego) jeżeli Tak - zaświadczenie z OPS/PCPR)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

„Wsparcie usług społecznych poprzez utworzenie Placówki Diennej Opieki na terenie Gminy Łososina Dolna”

Załącznik nr 1

		Dziecko/dzieci wychowujące się poza rodziną biologiczną (jeżeli TAK – dokument postanowienia sądu)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
PREFEROWANE FORMY WSPARCIA W RAMACH PROJEKTU Proszę zaznaczyć „X” przy usługach, w których osoba chciałaby wziąć udział			
	A.	Usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne	<input type="checkbox"/>
	B.	Usługi terapeutyczne (aktywizująco-usprawniające)	<input type="checkbox"/>
	C.	Usługi wspomagające (wsparcie przeznaczone dla rodzin/opiekunów faktycznych)	<input type="checkbox"/>
Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i powierzanie moich danych osobowych/danych zawartych w formularzu rekrutacyjnym w celu rekrutacji, realizacji projektu i sprawozdawczości projektu – proszę wpisać „TAK”			

.....
data

.....
czytelny podpis Kandydata/cki do projektu

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie pn. „Wsparcie usług społecznych poprzez utworzenie Placówki Diennej Opieki na terenie Gminy Łososina Dolna”, realizowanym przez Gminę Łososina Dolna, Łososina Dolna 300, 33-314 Łososina Dolna (Lider projektu) w partnerstwie ze Stowarzyszeniem Lokalna Grupa Działania „Brama Beskidu”, Mostki 86, 33-340 Stary Sącz (Partner projektu) 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,
2. znam kryteria kwalifikacyjne do projektu, zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem naboru i uczestnictwa w w/w projekcie i zobowiązuje się do jego przestrzegania,
3. zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa w działaniach organizowanych w ramach projektu, a w przypadku nieobecności na zajęciach, zobowiązuję się przedstawić właściwe uzasadnienie,



„Wsparcie usług społecznych poprzez utworzenie Placówki Diennej Opieki na terenie Gminy Łososina Dolna”

Załącznik nr 1

4. w przypadku przyjęcia do projektu, zobowiązuję się do podpisywania wymaganych dokumentów związanych z moim uczestnictwem w projekcie,
5. przyjmuję do wiadomości, że złożenie formularza nie jest jednoznaczne z przyjęciem mnie do projektu,
6. 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,
7. wyrażam zgodę na nieodpłatne, niewyłączne, nieograniczone czasowo i terytorialnie wykorzystywanie mojego wizerunku przez realizatorów w/w projektu, tj. Gmina Łososina Dolna oraz Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania „Brama Beskidu” 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),

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/teki do projektu

Wypełnia osoba przyjmująca dokumenty			
Kod formularza/PDO/FR/2026	Data wpływu	Godzina	Czytelny podpis

