



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Pomocna dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powiatu bełchatowskiego**” FELD.07.09-IP.01-0108/24 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

Potwierdzenie złożenia formularza rekrutacyjnego (wypełnia personel projektu)			
Data wpływu Formularza	Godzina	Numer zgłoszenia	Podpis osoby przyjmującej formularz

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

w ramach projektu „**Pomocna dłoń - usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powiatu bełchatowskiego**”

DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY (Dotyczy opiekunów prawnych - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie)	
IMIĘ	
NAZWISKO	

1. Dane osobowe Uczestnika (wypełnić czytelnie w języku polskim, zaznaczyć **x**)

Dane:
Obywatelstwo:
Imię:
Nazwisko:
PESEL:



Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wiek: (w chwili przystąpienia do projektu)
Wykształcenie: <input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)
Województwo:
Powiat:
Gmina:
Miejscowość:
Ulica:
Nr budynku:
Nr lokalu:
Kod pocztowy:
Telefon kontaktowy:
Adres e-mail:

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy wybrać właściwe)

OSOBA BIERNIA ZAWODOWO tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jest osobą pracującą ani bezrobotną	
W TYM OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU	
W TYM OSOBA UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE - studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące - dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierające naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących	



	- doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie; w przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą zalicza się do osób pracujących; w przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, zalicza się do osób bezrobotnych	
W TYM	INNE	
OSOBA BEZROBOTNA		
- osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia		
W TYM	OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA tj. pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat – z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego	
W TYM	INNE	
OSOBA PRACUJĄCA		
W TYM	OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W PODMIOCIE WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA PEDAGOGICZNA)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA NIEPEDAGOGICZNA)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA ZARZĄDZAJĄCA)	



W TYM	OSOBA PRACUJĄCA NA UCZELNI			
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE NAUKOWYM			
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE BADAWCZYM			
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE DZIAŁAJĄCYM W RAMACH SIECI BADAWCZEJ ŁUKASIEWICZ			
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W MIĘDZYNARODOWYM INSTYTUCIE NAUKOWYM			
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA DLA FEDERACJI PODMIOTÓW SYSTEMU SZKOLNICTWA WYŻSZEGO I NAUKI			
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA NA RZECZ PAŃSTWOWEJ OSOBY PRAWNEJ			
W TYM	INNE			
STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:				
OSOBA OBCEGO POCHODZENIA tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów	TAK			NIE
OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec	TAK			NIE
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI	NIE



OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ 1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie; 2. Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemię, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą; 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do	TAK		NIE	



<p>zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia; 5. Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.</p>				
<p>OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.</p>	TAK	ODMOWA PODANIA INFORMACJI		NIE
<p>Osoba z ograniczoną samodzielnością w zakresie więcej niż jednej codziennej czynności:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie 				



Osoba z niepełnosprawnością:

- Tak
- Nie

w tym:

a. sprzężoną

- Tak
- Nie

b. intelektualną

- Tak
- Nie

Osoba z chorobą psychiczną:

- Tak
- Nie

Osoba z całościowym zaburzeniem rozwojowym zgodnie z ICD10

- Tak
- Nie

Osoba korzystająca z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową

- Tak
- Nie

Osoba samotnie zamieszkująca

- Tak
- Nie

Osoba w innej trudnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione wyżej):

- Tak
- Nie

Jeśli tak, proszę podać w jakiej:

.....

Specjalne potrzeby dot. barier w otoczeniu (np. architektoniczne, komunikacyjne, poznawcze, cyfrowe, przestrzenne):

.....

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis



2. Przedłożone dokumenty uzupełniające, potwierdzające stan zdrowia i status Kandydata/cki (zaznaczyć składane dokumenty):

<input type="checkbox"/> Orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:		
<input type="checkbox"/> znacznym	<input type="checkbox"/> umiarkowanym	<input type="checkbox"/> lekkim
<input type="checkbox"/> Ocena funkcjonowania wg skali Barthel		
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie o leczeniu i stanie zdrowia		
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej		
<input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający zamieszkanie na terenie powiatu bełchatowskiego		
<input type="checkbox"/> Oświadczenie o samotnym zamieszkiwaniu		
<input type="checkbox"/> Umowa/zaświadczenie potwierdzająca uczestnictwo w programie Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową		
<input type="checkbox"/> inny dokument (jaki?)		

3. Wniosek Kandydata/cki o wybór podstawowej/ych formy wsparcia, z której chciałby/a skorzystać (proszę wybrać):

1.	opieka długoterminowa w formie usług pielęgniarских w miejscu zamieszkania	<input type="checkbox"/>
2.	specjalistyczne usługi opiekuńcze w formie usług opiekuna środowiskowego	<input type="checkbox"/>
3.	specjalistyczne usługi opiekuńcze w formie fizjoterapii	<input type="checkbox"/>

4. Wniosek o objęcie dodatkową formą wsparcia:

1.	Specjalistyczne poradnictwo psychologiczne dla opiekuna nieformalnego	<input type="checkbox"/>
2.	Teleopieka	<input type="checkbox"/>

5. Oświadczenia Kandydata/cki

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. mieszkam na terenie powiatu bełchatowskiego - w załączeniu składam dokument potwierdzający spełnienie wskazanego kryterium,
2. nie korzystam z tego samego typu wsparcia z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,
3. zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Projekcie oraz z pozostałymi dokumentami dotyczącymi Projektu, oraz akceptuję wszystkie postanowienia i zobowiązuję się do ich stosowania,
4. w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji oraz nabycia kompetencji.



.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

Ponadto Oświadczam, że:

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

- zamieszkuję/pracuję/uczę¹ się na terenie powiatu bełchatowskiego,
- jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
- posiadam znaczny/umiarkowany² stopień niepełnosprawności,
- jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną,
- jestem osobą chorą psychicznie,
- jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną,
- jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (ICD10),
- korzystam z programu FE PŻ,
- samotnie zamieszkuję.

.....
Data i podpis Kandydata/ki lub Opiekuna faktycznego

6. Oświadczenie osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny (wypełnia personel projektu)

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: dane uczestnika projektu zostały zweryfikowane na podstawie dokumentu tożsamości w dniu

.....
Data i podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny

¹ Niepotrzebne skreślić

² Niepotrzebne skreślić

**7. Określenie kryteriów premiujących Kandydata/kę (wypełnia personel projektu)**

Nazwa kryterium premiującego	TAK
a) Znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności (orzeczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
b) Niepełnosprawność sprzężona (orzeczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
c) Choroba psychiczna (orzeczenie) - 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
d) Niepełnosprawność intelektualna (orzeczenie) - 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
e) Całościowe zaburzenia rozwojowe zgodnie z ICD10 (orzeczenie, zaświadczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
f) Korzystanie z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (umowa) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
g) Samotne zamieszkiwanie (oświadczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
h) Ocena 40 pkt. lub mniej w skali Barthel (karta oceny stanu osoby) – 3 pkt.	<input type="checkbox"/>
i) Wiek 80+ (na podstawie okazania dokumentu) – 3 pkt.	<input type="checkbox"/>
j) Płeć kobieta (na podstawie okazania dokumentu) – 3 pkt.	<input type="checkbox"/>
Suma uzyskanych punktów:	

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Specjalisty ds. rekrutacji