



Załącznik nr 1a do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie dla osób wymagających wsparcia pn. „**Pomocna Dłoń dla gm. Biała Piska - usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**” FEWM.09.04-IZ.00-0042/24 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027.

| <b>Potwierdzenie złożenia formularza rekrutacyjnego<br/>(wypełnia personel projektu)</b> |                |                         |  |
|--|----------------|-------------------------|--|
| <b>Data wpływu<br/>Formularza</b>  | <b>Godzina</b> | <b>Numer zgłoszenia</b> | <b>Podpis osoby<br/>przyjmującej formularz</b> |
|  |                |                         |  |

#### **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

w ramach projektu „**Pomocna Dłoń dla gm. Biała Piska - usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**”

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

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

|                      |
|----------------------|
| <b>Dane:</b>         |
| <b>Obywatelstwo:</b> |
| <b>Imię:</b>         |
| <b>Nazwisko:</b>     |
| <b>PESEL:</b>        |



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

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>OSOBA BIERNA ZAWODOWO</b><br>tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jest osobą pracującą ani bezrobotną |   |  |
| W TYM  | <b>OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU</b>   |  |
| W TYM  | <b>OSOBA UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE</b><br>- studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące<br>- 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   |  |
| <b>OSOBA BEZROBOTNA</b>   |  |  |
| - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia |  |  |
| W TYM   | OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA<br>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   |  |
| <b>OSOBA PRACUJĄCA</b>  |  |  |
| W TYM   | OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK  |  |
| W TYM   | OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ   |  |
| W TYM   | OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ<br>(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  |  |                           |     |
| <b>STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:</b>   |   |  |                           |     |
| <b>OSOBA OBCEGO POCHODZENIA</b><br>tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów  | TAK   |  |                           | NIE |
| <b>OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO</b><br>tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec  | TAK   |  |                           | NIE |
| <b>OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ</b><br>mniejszości narodowe:<br>białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska;<br>mniejszości etniczne:<br>karaimska, łemkowska, romska, tatarska;<br>społeczności marginalizowane: Romowie | TAK   |  | ODMOWA PODANIA INFORMACJI | NIE |



| <b>OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ</b><br>1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie;<br>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);<br>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;<br>4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, | TAK |  | NIE |  |
|---|-----|--|-----|--|
|   |     |  |     |  |



|  |     |                                 |     |
|--|-----|---------------------------------|-----|
| <p>mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia;<br/>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><b>OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI</b><br/>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.<br/>Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.</p> | TAK | ODMOWA<br>PODANIA<br>INFORMACJI | NIE |
| <p><b>Osoba wymagająca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:</b><br/> <input type="checkbox"/> Tak<br/> <input type="checkbox"/> Nie</p>   |     |                                 |     |



**Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną**

- Tak
- Nie

**Osoba z zaburzeniami psychicznymi:**

- Tak
- Nie

**Osoba z niepełnosprawnością intelektualną:**

- Tak
- Nie

**Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi zgodnie z ICD10:**

- Tak
- Nie

**Osoba korzystająca z programu Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową:**

- Tak
- Nie

**Osoba samotnie zamieszkująca:**

- Tak
- Nie

**Osoba powyżej 80 roku życia:**

- Tak
- Nie

**Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione jak powyżej):**

- 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/tki (zaznaczyć składane dokumenty):**

|   |                                       |                                 |
|---|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu:   |                                       |                                 |
| <input type="checkbox"/> znacznym   | <input type="checkbox"/> umiarkowanym | <input type="checkbox"/> lekkim |
| <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność sprzężona  |                                       |                                 |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej  |                                       |                                 |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie o leczeniu i stanie zdrowia                                    |                                       |                                 |
| <input type="checkbox"/> Ocena funkcjonowania wg skali Barthel  |                                       |                                 |
| <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający zamieszkanie na terenie gminy Biała Piska                      |                                       |                                 |
| <input type="checkbox"/> Umowa potwierdzająca uczestnictwo w programie Fundusze Europejskie a Pomoc Żywnościową |                                       |                                 |
| <input type="checkbox"/> inny dokument (jaki?)  |                                       |                                 |
| .....   |                                       |                                 |

**3. Wniosek Kandydata/tki o wybór podstawowej formy wsparcia, z której chciałby skorzystać:**

|    |  |                          |
|----|--|--------------------------|
| 1. | Usługa asystencka  | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania | <input type="checkbox"/> |

**4. Wniosek o objęcie dodatkową formą wsparcia:**

|    |            |                          |
|----|------------|--------------------------|
| 1. | Teleopieka | <input type="checkbox"/> |
|----|------------|--------------------------|

**5. Oświadczenia Kandydata/tki**

**Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:**

1. mieszkam na terenie gminy Biała Piska. W załączeniu składam dokument potwierdzający spełnienie wskazanego kryterium,
2. jestem osobą niesamodzielną w zakresie co najmniej 1 z codziennych czynności, wymagającym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium,
3. nie korzystam z tego samego typu wsparcia z Europejskiego Funduszu Społecznego,





4. 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,
5. w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę 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 (jeśli dotyczy):**

|  |
|--|
| <p>Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: posiadam orzeczenie o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności ....., o numerze .....wydane przez ..... w dniu ....., na okres.....które stanowi załącznik do dokumentacji rekrutacyjnej.</p> <p>.....</p> <p>Data i podpis Kandydata/ki lub Opiekuna faktycznego</p> |
|--|

|  |
|--|
| <p>Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z ograniczoną samodzielnością w zakresie co najmniej jednej codziennej czynności. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.</p> <p>.....</p> <p>Data i podpis Kandydata/ki lub Opiekuna faktycznego</p> |
|--|

|   |
|---|
| <p>Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.</p> <p>.....</p> <p>Data i podpis Kandydata/ki lub Opiekuna faktycznego</p> |
|---|

|   |
|---|
| <p>Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą chorującą psychicznie. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.</p> <p>.....</p> <p>Data i podpis Kandydata/ki lub Opiekuna faktycznego</p> |
|---|

|   |
|---|
| <p>.....</p> <p>Data i podpis Kandydata/ki lub Opiekuna faktycznego</p> |
|---|



Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

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

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że jestem osobą z zaburzeniami rozwojowymi zgodnie z ICD10. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

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

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: korzystam z programu Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

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

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą samotnie zamieszkującą i prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe.

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

Ja niżej podpisana oświadczam, że: jestem kobietą

.....  
Data i podpis Kandydatki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podany/-a oświadczam, że jestem osobą, która ukończyła więcej niż 80 lat.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki 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



## 7. Określenie kryteriów premiujących Kandydata (wypełnia personel projektu)

| Nazwa kryterium premiującego   | TAK                      | NIE                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Znaczny bądź umiarkowany stopień niepełnosprawności (orzeczenie/ równoważny dokument) – 10 pkt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Niepełnosprawność sprzężona (orzeczenie/równoważny dokument) – 10 pkt.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Choroby psychiczne (orzeczenie/równoważny dokument)- 10 pkt.                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Niepełnosprawność intelektualna (orzeczenie/równoważny dokument)- 10 pkt.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Całościowe zaburzenia rozwojowe zgodnie z ICD10(orzeczenie / równoważny dokument) – 10 pkt.     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Korzystanie z programu FE PŻ (umowa) - 10 pkt.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Samotne zamieszkiwanie (oświadczenie) – 10 pkt.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Płeć – kobieta –(na podstawie okazania dokumentu/ oświadczenie) – 3 pkt                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Wiek 80+ (notatka służbowa na podstawie dok./oświadczenie) – 3 pkt.                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Suma uzyskanych punktów:</b>  | <b>pkt.</b>              |                          |

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**czytelny podpis Specjalisty ds. rekrutacji**