FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – OPIEKUN NIEFORMALNY

# do projektu Przeworskie Centrum Opieki Domowej ”W Potrzebie” realizowanego przez Miasto Przeworsk – miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Przeworsku

# w ramach Działania 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych RPO WP na lata 2014-2020

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje wypełniane przez osobę przyjmującą formularz: | |
| Data i podpis osoby przyjmującej formularz |  |
| Numer formularza: | Przeworskie Centrum Opieki Domowej „W potrzebie”/opiekun faktyczny/kolejny numer/ Gmina Miasto Przeworsk /rok |

## CZĘŚĆ I – DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA) – OPIEKUN NIEFORMALNY

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nazwisko i imię |  | | | |
| 2. Data i miejsce urodzenia | (dd/mm/rrrr) | (miejsce urodzenia) | | |
| 4. Płeć | kobieta mężczyzna | | | |
| 5. Pesel |  | | | |
| 6. Adres zamieszkania |  | | | |
| Ulica/Miejscowość, nr domu/nr lokalu |  | | | |
| Kod pocztowy i Miejscowość |  | | | |
| Gmina/ Powiat / Województwo | Przeworsk  ………….. | | Przeworski  ………….. | Podkarpackie  …………….. |
| 6. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania) |  | | | |
| 7. Telefon stacjonarny / kontaktowy |  | | | |
| 8. Adres e-mail |  | | | |
| 9.Wykształcenie | brak podstawowe gimnazjalne  ponadgimnazjalne *(ukończona szkoła średnia lub zasadnicza)*  policealne wyższe | | | |

**CZĘŚĆ II – INFORMACJE O STATUSIE KANDYDATA NA DZIEŃ ZŁOŻENIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO**

|  |
| --- |
| 1. Spełnianie kryterium formalnego *(proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)* |
| ***Do Formularza Rekrutacyjnego dołączam następujące załączniki potwierdzające spełnienie przeze mnie***  ***kryteriów dostępu:***  Oświadczenie, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w województwie podkarpackim, powiecie przeworskim na terenie gminy Przeworsk  Oświadczam, że nieodpłatnie opiekuję się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i nie jestem opiekunem zawodowym tej osoby  Imię i nazwisko osoby, którą opiekuje się kandydat ………………………………………………… |
| Deklaruje udział w następujących formach wsparcia:  Doradztwo prawne (Wsparcie dotyczy spraw prowadzonych przez NFZ, ZUS, PEFRON tj. pomoc w uzyskiwaniu renty, pomoc finansowa oraz zapewnienie pomocy (np. pielęgniarki w ramach NFZ). Wsparcie obejmuje nie tylko usługę informacyjną ale również pomoc w przygotowaniu pism, interpretacji, zebraniu niezbędnych dokumentów itp.)  Poradnictwo psychologiczne, w celu wsparcia opiekunów faktycznych w przezwyciężaniu trudności związanych  z sytuacją zdrowotną podopiecznych |

**CZĘŚĆ III – DANE UZUPEŁNIAJĄCE – ZGODNIE Z ZAKRESEM DANYCH PRZETWARZANYCH W SYSTEMIE SL2014**

## STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy** | TAK | NIE |
| **Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy** | TAK | NIE |
| Osoba długotrwale bezrobotna (*Młodzież (<25*  *lat) przez okres ponad 6 miesięcy, Dorośli (25 lat lub więcej) przez okres ponad 12 miesięcy)* | TAK | NIE |
| **Osoba bierna zawodowo**  *(Osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna)* | TAK | NIE |
| w tym: | Inne  Osoba ucząca się  Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | |
| **Osoba pracująca** | w organizacji pozarządowej w administracji rządowej  w administracji samorządowej inne  w mikroprzedsiębiorstwie *(do 9 pracowników)*  w małym przedsiębiorstwie *(od 10 do 49 pracowników)* w średnim przedsiębiorstwie *(od 50 do 249 pracowników)* w dużym przedsiębiorstwie *(powyżej 250 pracowników)*  osoba prowadząca działalność na własny rachunek | |
| **Wykonywany zawód** | inny  instruktor praktycznej nauki zawodu | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | nauczyciel kształcenia ogólnego nauczyciel wychowania przedszkolnego nauczyciel kształcenia zawodowego  pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia  kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej pracownik instytucji rynku pracy  pracownik instytucji szkolnictwa wyższego  pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej  rolnik |
| **Prosimy o wskazanie miejsca zatrudnienia** |  |

**STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | TAK | NIE | ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | TAK | NIE | ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| Osoba z niepełnosprawnościami | TAK | NIE | ODMOWA PODANIA INFORMACJI |

**CZĘŚĆ III – OŚWIADCZENIE**

1. Wyrażam zgodę na udział w Projekcie *Przeworskie Centrum opieki Domowej „W Potrzebie”* realizowanym przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej 02.01.2023 r. – 31.12.2023 roku w ramach konkursu nr RPPK.08.03.00-IP. 01-18-064/22 Działanie/Poddziałanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych w ramach RPO WP na lata 2014-2020.
2. Zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie.
3. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych w celu monitoringu oraz ewaluacji projektu zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. Dane te przechowywane będą przez Beneficjenta i udostępniane podmiotom trzecim dla zapewnienia prawidłowej realizacji projektu. W związku z powyższym mam świadomość o celu zbierania tych danych, prawie wglądu do swoich danych oraz możliwości ich poprawiania.
4. Wyrażam zgodę na publikację i rozpowszechnianie mojego wizerunku w mediach i materiałach promocyjnych dotyczących projektu *Przeworskie Centrum Opieki Domowej* *„W potrzebie”.*
5. Przyjmuję do wiadomości, że:
   * dane zawarte w niniejszym Formularzu mogą być weryfikowane przez Beneficjenta,
   * złożenie nieprawdziwego oświadczenia może być potraktowane jako próba wyłudzenia środków rzeczowych i może podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.
6. Niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

## ………………………………………… …………………………………………

*Miejscowość, data Podpis Kandydata/Kandydatki*