

NR PROJEKTU: WND-RPSL.09.02.03-24-03CB/18

(WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE)	
NR FORMULARZA	DATA WPŁYWU

<p>FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU</p> <p>Dotyczy: Objęcie wsparciem osób potrzebujących przez Centrum Operacyjno-Pomocowego wspartego nowoczesną platformą teleopieki TeleMED24</p> <p>Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020</p>	
Tytuł Projektu	„II EDYCJA Poprawa dostępności usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób wykluczonych lub zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz ich otoczenia”
Beneficjent	MKW Sp. z o.o. ul. Krupówki 12, 34-500 Zakopane

DANE OSOBOWE KONTAKTOWE	
Imię (Imiona)	
Nazwisko	
PESEL	

Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
------	--

Numer telefonu			
POZIOM WYKSZTAŁCENIA - ZAZNACZ „X” WŁAŚCIWE			
niższe niż podstawowe, (ISCED 0)			
podstawowe, (ISCED 1)			
gimnazjalne, (ISCED 2)			
ponadgimnazjalne (ISCED 3)			
policjalne (ISCED 4)			
wyższe (ISCED 5-8)			
ADRES ZAMIESZKANIA			
Województwo		Powiat	
Kod pocztowy		Gmina	
Miejscowość		Ulica	
Nr domu		Nr lokalu	

OŚWIADCZENIA: ZAZNACZ PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEŹ	
<p>Należę do mniejszości narodowej lub etnicznej, jestem migrantem, osobą obcego pochodzenia Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych</p>
<p>Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Jestem osobą z niepełnosprawnościami Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych</p>
<p>Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0. (Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia).</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych</p>

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY	
1. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
W tym: długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
inne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
W tym: długotrwale bezrobotna (Młodzież – poniżej 25 lat - osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy. Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Inne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3. Bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
W tym: inne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
osoba ucząca się	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4. Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
W tym: osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
osoba pracująca w administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
inne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
osoba pracująca w mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie (MMŚP) – (do 250 osób)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
5. Nazwa zakładu pracy , w którym jestem zatrudniona/y	

KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE – właściwe zaznaczyć „X” (wypełnia Uczestnik - PACEJNT)		
	TAK	NIE
Jestem mieszkańcem miasta Bytomia OSI		
Jestem mieszkańcem miasta Bytomia OSI na terenie obszaru rewitalizowanego		
<p>Jestem osobą z niepełnosprawnością, to jest:</p> <p>a) osobą niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 2046 z późn. zm.),</p> <p>b) osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 2017 r., poz. 882),</p>		
<p>Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności wydane przez upoważniony organ /w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza (Jeśli zaznaczono odpowiedź „ TAK” należy załączyć orzeczenie o niepełnosprawności lub dokument równoważny)</p>		
<p>Jestem osobą niesamodzielną? Osoba niesamodzielną- osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.</p>		
<p>Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ), (Jeśli zaznaczono odpowiedź „ TAK” należy załączyć zaświadczenie o korzystaniu MOPS)</p>		
<p>Jestem osobą (lub członkiem rodziny) korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, to jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ubóstwa, • sieroctwa, • bezdomności, • bezrobocia, 		

<ul style="list-style-type: none"> • niepełnosprawności, • długotrwałej lub ciężkiej choroby, • przemocy w rodzinie, • potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi, • alkoholizmu lub narkomanii, • potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, • bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, • trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, • zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, • klęski żywiołowej lub ekologicznej, <p>(Jeśli zaznaczono odpowiedź „ TAK” należy załączyć zaświadczenie o korzystaniu MOPS)</p>		
<p>Jestem osobą zamieszkującą samotnie ?</p>		
<p>Czy wymaga Pan/Pani świadczeń opieki pielęgniarstwa domowego ? Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa to opieka nad obłożnie i przewlekle chorym przebywającym w domu. Może nią być objęty pacjent, który nie wymaga leczenia w warunkach stacjonarnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne potrzebuje systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarstwa w warunkach domowych. Opieka ta jest realizowana we współpracy z lekarzem POZ.</p>		
<p>Czy wymaga Pan/Pani zabiegów rehabilitacyjnych ?</p>		

DODATKOWE OŚWIADCZENIA		
	TAK	NIE
Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i zasadami udziału w projekcie „Poprawa dostępności usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób wykluczonych lub zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz ich otoczenia” i wyrażam wolę na uczestnictwo w nim.		
Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego		
Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym		
Oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą i zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie danych nieprawdziwych		
Oświadczam, że nie odbywam kary pozbawienia wolności.		
Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku.		

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA
PROJEKTU*

Dziękujemy, że zdecydowali się Państwo wypełnić formularz rekrutacyjny.

Informacja o wynikach rekrutacyjnych zostanie przekazana do 10 dni roboczych od dnia złożenia formularza.

Informujemy, iż celem jest świadczenie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania poprzez utworzenie Centrum Operacyjno-Pomocowego wspartego nowoczesną platformą teleopieki TeleMED24 na terenie miasta Bytom tym na obszarach objętych rewitalizacją.

(WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE)

Wynik rekrutacji:

Wniosek przyjęty/ nieprzyjęty*

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....
.....

Zakwalifikowany / Przyjęty na listę rezerwową z numerem *

Data i podpis osoby odpowiedzialnej za rekrutację: