**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

**INZ……………………………………………..**

(Indywidualny numer zgłoszeniowy)

**FORMULARZ REKRUTACYJNY KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**pn. „Pokonać samotność - rozwój usług społecznych z wykorzystaniem nowoczesnych technologii w Mieście Krośnie”**

**Nr wniosku:** **RPPK.08.03.00-18-0048/18**

realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VIII. Integracja Społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych

1. **DANE KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE.**

|  |
| --- |
| **KANDYDAT** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | **Imię i nazwisko** |  |
| 2 | **Nr PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Płeć** | ❑ kobieta ❑ mężczyzna |
| 4 | **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** |  |
| 5 | **Wykształcenie** | ❑ Niższe niż podstawowe ❑ podstawowe ❑ gimnazjalne ❑ ponadgimnazjalne ❑ policealne ❑ wyższe |
| 6 | **Dane kontaktowe** | Województwo: | Powiat: |
| Gmina: | Miejscowość: |
| Ulica: | Nr budynku: |
| Nr lokalu:  | Kod pocztowy: |
| Telefon kontaktowy: |
| Adres email: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7 | **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | ❑ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: ❑ Długotrwale bezrobotna (powyżej 12 m-cy) |
| ❑ Bierna zawodowo,w tym:  | ❑ Ucząca się ❑ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu❑ Inne |
| ❑ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: ❑ Długotrwale bezrobotna (powyżej 12 m-cy) |
| ❑ Osoba pracująca | Wykonywany zawód: ………………………………………………………Zatrudniony w:……………………………………………………………………………………………………………… |
| 8 | **Jestem niepełnosprawny** należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne | ❑ TAK ❑ NIE❑ ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 9 | **Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia** | ❑ TAK ❑ NIE ❑ ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 10 | **Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | ❑ TAK ❑ NIE |
| 11 | **Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (niż wymienione powyżej w pkt. 8-11)** | ❑ TAK ❑ NIE❑ ODMOWA PODANIA INFORMACJI |

1. **INFORMACJA O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW FORMALNYCH KANDYDATA DO UDZIAŁU
W PROJEKCIE**

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ A** |
| **Lp.** | **KRYTERIA FORMALNE UDZIAŁU W PROJEKCIE****(wypełnia Kandydat)** | **OCENA****(wypełnia Realizator)** |
| 1. | Miejsce zamieszkania kandydata na terenie Gminy Miasto Krosno | ……….. |
| □ TAK | □ NIE |
| 2. | Wiek powyżej 60 lat | ……….. |
| □ TAK | □ NIE |
| 3. | Status osoby niesamodzielnej, która do 30 czerwca 2019 r. nie korzystała z usług opiekuńczych finansowanych z budżetu Gminy Miasta Krosna |  | ………… |
| □TAK |  □ NIE |
| **SPEŁNIANIE KRYTERIÓW FORMALNYCH PRZEZ KANDYDATA** | □ TAK □ NIE |

***Uwaga: w przypadku niespełniania, chociaż jednego z kryteriów formalnych przez kandydata, Formularz rekrutacyjny nie podlega dalszej ocenie.***

# INFORMACJA O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW DODATKOWYCH

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CZĘŚĆ B** |  |
| **Lp.** | **KRYTERIA DODATKOWE****(wypełnia Kandydat)** | **OCENA****(wypełnia Realizator)** |
| 1 | **Czy doświadcza Pan/Pani wielokrotnego wykluczenia społecznego** **rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 Wytycznych w zakresie zasad realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznegoi Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020** | TAK – 5 punktów NIE – 0 punktów |
| □ TAK | □ NIE | ………………………… |
| 2 | **Czy Pana/ Pani dochody nie przekraczają 150% kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o ustawę o pomocy społecznej** | TAK – 5 punktów NIE – 0 punktów |
| □ TAK | □ NIE | ………………………… |
| 3 | **Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności?** | TAK – 5 punktów NIE – 0 punktów |
| □ TAK | □ NIE | ………………………… |
| 4 | **Czy jest Pan/Pani osobą posiadającą niepełnosprawność sprzężoną i/lub zaburzenia psychiczne, w tym niepełnosprawność intelektualną i/lub całościowe zaburzenia rozwojowe?** | TAK – 2 punkty NIE – 0 punktów |
| □ TAK | □ NIE | ………………………… |
| 5 | **Czy jest Pan/Pani osobą samotną lub osobą samotnie gospodarującą?** | TAK – 5 punktów NIE – 0 punktów |
| □ TAK | □ NIE | ………………………… |
| 6 | **Czy korzysta Pan/Pani z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (dalej POPŻ), a zakres wsparcia w ramach niniejszego projektu nie będzie powielał działań, które Pan/Pani otrzymuje z POPŻw ramach działań towarzyszących, o których mowa w POPŻ?** | TAK – 1 punkt NIE – 0 punktów |
|  | □ TAK | □ NIE | ………………………….. |
| **SUMA PUNKTÓW** |  |  |
| **PODSUMOWANIE UZYSKANEJ PUNKTACJI (wypełnia Realizator)** |  |  |
|  |

# OŚWIADCZENIE KANDYDATA

Ja niżej podpisany/a.....................................................................................................................................................

*(imię i nazwisko)*

legitymujący/a się dowodem osobistym seria /nr................................................................,
numer PESEL....................................................................................................................................................................

oświadczam, że:

* zamieszkuję na terenie Gminy Miasto Krosno,
* jestem osoba niesamodzielną,
* ukończyłam/em 60 rok życia,
* do dnia 30 czerwca 2019 r. nie korzystałam/em z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych finansowanych z budżetu Gminy Miasto Krosno,
* doświadczam wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumianego jako wykluczenie
z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 Wytycznych w zakresie zasad realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego
i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020, tj.:
1. osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą
z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
2. osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym,
3. osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2019 poz. 1172 z późn. zm.), a także osoby
z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r.
o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878 z późn. zm.), tj. osoby
z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia;
4. członkowie gospodarstw domowych – sprawujący opiekę nad osobą
z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością,
5. osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
6. osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań – w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020,
7. osoby odbywające kary pozbawienia wolności,
8. osoby korzystające z PO PŻ,
* znajduję się w niekorzystnej sytuacji finansowej, mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę
w rodzinie), o których mowa w ustawie z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społecznej,
* posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r.
o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych
(Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 z późn. zm.) w zakresie niepełnosprawności sprzężonej oraz zaburzeń psychicznych, w tym niepełnosprawności intelektualnej oraz całościowych zaburzenia rozwojowych,
* jestem osobą samotną lub prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe,
* jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020,
* zapoznałam/łem się z zapisami Regulaminu uczestnictwa w projekcie, które akceptuję
i w przypadku zakwalifikowania do Projektu deklaruję ich przestrzeganie, jednocześnie przyjmuję do wiadomości możliwość zmiany Regulaminu i zobowiązuję się każdorazowo do zapoznania się ze zmianami w wyżej wymienionym dokumencie w całym okresie realizacji Projektu,
* zostałam/łem poinformowana/ny, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
* w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w Projekcie zobowiązuje się do podpisania umowy uczestnictwa w projekcie (przed otrzymanym wsparciem) i deklaracji uczestnictwa w Projekcie oraz oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (obydwa dokumenty podpisuje się w pierwszym dniu otrzymanego wsparcia).

**Odnośnie gromadzenia i przetwarzania danych osobowych:**

1. wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia
1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.), do celów związanych z rekrutacją i monitoringiem projektu pn. „Pokonać samotność - rozwój usług społecznych z wykorzystaniem nowoczesnych technologii w Mieście Krośnie**”**
nr RPPK.08.03.00-18-0048/18, realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 oś priorytetowa VIII. Integracja Społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych
i zdrowotnych, Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Rzeszowie z siedzibą ul. Naruszewicza 11, 35-055 Rzeszów i innych instytucji, odpowiedzialnych za realizację /nadzór/kontrolę/ monitoring programów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020;
2. oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/ny o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania;
3. oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych;
4. oświadczam, że zostałem/am poinformowany/-a o przyjętych kryteriach kwalifikacyjnych do udziału w projekcie pt. „Pokonać samotność - rozwój usług społecznych
z wykorzystaniem nowoczesnych technologii w Mieście Krośnie” o nr wniosku: RPPK.08.03.00-18-0048/18 realizowanym w okresie od 01.07.2019 r. do 31.03.2022 r.
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 przez Gminę Miasto Krosno, Oś priorytetowa VIII. Integracja Społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych i wyrażam zgodę na mój udział w postępowaniu rekrutacyjnym;
5. oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn. „Pokonać samotność - rozwój usług społecznych z wykorzystaniem nowoczesnych technologii w Mieście Krośnie**”** współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej VIII – Integracja społeczna, Działanie 8.3 – Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 (RPO WP 2014-2020). Zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Beneficjenta projektu – Gminę Miasto Krosno o zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika/czki, dane kontaktowe, status). Jednocześnie przyjmuję do wiadomości możliwość zmiany Regulaminu, o którym mowa i zobowiązuję się każdorazowo do zapoznania się ze zmianami w wyżej wymienionym dokumencie w całym okresie realizacji Projektu;
6. oświadczam, że zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych
z realizacją projektu, w tym również po zakończeniu projektu;

**Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.**

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

 Miejscowość, data Czytelny podpis kandydata/tki

# POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA DOKUMENTÓW (wypełnia pracownik Realizatora)

Data i godzina złożenia dokumentów kandydata / kandydatki:

Data: ………………………………………… Godzina: ………………………………………………

…………………………………………………

Podpis pracownika

# Wymagane dokumenty składane wraz z Formularzem rekrutacyjnym

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium** | **Dokumenty potwierdzające** |
| Status osoby niesamodzielnej | Załączniki: zaświadczenie od lekarza rodzinnego o posiadaniu statusu osoby niesamodzielnej tzn. takiej, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (takich jak np.: robienie zakupów, przygotowanie i spożywanie posiłków, utrzymanie higieny osobistej, kontrolowanie czynności fizjologicznych, sprzątanie i prowadzenie mieszkania, poruszanie się, wychodzenie z domu) załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego. |
| Niepełnosprawność | Załącznik: orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. |

# OKAZANE PRZEZ KANDYDATA DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE SPEŁNIANIE KRYTERIÓW FORMALNYCH I DODATKOWYCH (WYPEŁNIA REALIZATOR):

* Oświadczenie o zamieszkaniu na terenie Gminy Miasto Krosno;
* Oświadczenie uczestnika dotyczące wieku;
* Zaświadczenie lekarskie o niesamodzielności (Załącznik nr 1 do formularza rekrutacyjnego);
* Oświadczenie uczestnika o doświadczaniu zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczaniu wielokrotnego wykluczenia społecznego;
* Oświadczenie o znajdowaniu się w niekorzystnej sytuacji finansowej osoby
z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę
w rodzinie), o których mowa w ustawie z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społecznej;
* Oświadczenie dotyczące posiadania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego w rozumieniu przepisów ustawy
z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 z późn. zm.);
* Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r.
o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych
 (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 z późn. zm.) w zakresie niepełnosprawności sprzężonej oraz zaburzeń psychicznych, w tym niepełnosprawności intelektualnej oraz całościowych zaburzenia rozwojowych;
* Oświadczenie o byciu osobą samotną lub prowadzeniu samodzielnego gospodarstwa domowego;
* Oświadczenie o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020;
* Inne …………………………………………………………………………………………………………………………………...…

Data: ………………………………………… …………………………………………

Podpis pracownika

|  |
| --- |
| 1. **DECYZJA REKRUTACYJNA**
 |
| **KANDYDAT/KA ZAKWALIFIKOWANY/A DO UDZIAŁU W PROJEKCIE** |
| **TAK 🞏** | **NIE 🞏** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoba oceniająca** | **Osoba oceniająca** |
| **Data:** | **Data:** |
| **Podpis:** | **Podpis:** |

|  |
| --- |
| **Deklaracja bezstronności i poufności** **Oświadczam, że**1.Nie pozostaję w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa (w linii prostej lub bocznej do II stopnia) z ocenianym Kandydatem/tką do projektu oraz nie jestem związany/a z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z ocenianym Kandydatem/ką do projektu.2. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.3. Zobowiązuje się wypełniać swoje obowiązki w sposób bezstronny, sumienny, uczciwy i sprawiedliwy, zgodnie z posiadaną wiedzą.4. Zachowam w tajemnicy wszystkie informacje i dokumenty udostępnione mi lub wytworzone przeze mnie lub przygotowane przeze mnie w trakcie lub jako rezultat oceny i zgadzam się, że informacje te powinny być użyte tylko dla celów niniejszej oceny i nie powinny być ujawnione. Zobowiązuję się również nie zatrzymywać kopii jakichkolwiek pisemnych informacji związanych z niniejszą oceną. |
| **Osoba oceniająca** | **Osoba oceniająca** |
| **Data:** | **Data:** |
| **Podpis:** | **Podpis:** |