***Formularz rekrutacyjny***

**do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie.**

**,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Skaryszew**

**powyżej 60 roku”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wypełnia pracownik MGOPS | **Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu**) |  | **Podpis osoby przyjmującej wniosek** |  |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Skaryszew powyżej 60 roku”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA**  (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANY MI LITERAMI) | **IMIĘ** |  | | |
| **NAZWISKO** |  | | |
| **PESEL** |  | **DATA URODZENIA** |  |
| **TELEFON**  **KONTAKTOWY** |  | **E-MAIL**  (jeśli posiadasz) |  |
| **POWIAT** |  | **GMINA** |  |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  | **KOD POCZTOWY** |  |
| **ULICA/ NR BUDYNKU/ NR LOKALU** | |  | |

***II CZĘŚĆ – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU W PROJEKCIE (kryteria wymagane)***

**Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria.** *Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie* ***MUSI*** *PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERA WŁĄCZENIA:*

Mieszkam na terenie Gminy Skaryszew, oraz

Jestem osobą niesamodzielną z powodu: wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności, co oznacza, że potrzebuję wsparcia lub opieki w związku z niemożliwością wykonywania samodzielnie przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. zakupy, przygotowywanie i spożywanie posiłków, sprzątanie, poruszanie się, wychodzenie z domu, ubieranie i rozbieranie, higiena osobista, kontrolowanie czynności fizjologicznych).

***III CZĘŚĆ – KRYTERIA dodatkowe (kryteria premiujące)***

**Proszę zaznaczyć X jeśli spełnia Pan/Pani kryteria premiujące** *(Jeśli należy Pan/Pani do grupy osób preferowanych do objęcia wsparciem to otrzyma Pan/Pani dodatkowe punkty w procesie rekrutacji. Jeśli nie spełnia Pan/Pani kryteriów preferowanych nadal możliwy jest udział w projekcie*). **W celu potwierdzenia spełnienia kryteriów preferowanych – na II etapie rekrutacji – zostanie Pan/Pani poproszony/a o przedstawienie stosownych dokumentów potwierdzających zasadność przyznania dodatkowych punktów** *(dokumenty poświadczające przynależność do grupy osób preferowanych wymieniono w nawiasie*).

**Należę do grupy osób preferowanych do objęcia wsparciem**:

Osoby z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne,

Osoby o stopniu niepełnosprawności *(orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)*

znacznym 

umiarkowanym

lekkim

Osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi *(orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)*

***CZĘŚĆ IV- INFORMACJA O UCZESTNIKU PROJEKTU***

**Proszę odpowiedzieć na pytanie:**

Czy korzysta Pan/Pani z pomocy w ramach istniejącego systemu pomocy społecznej?

TAK NIE

***CZĘŚĆ V - OŚWIADCZENIA***

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w projekcie *Teleopieka w Gminie Skaryszew i deklaruję chęć uczestnictwa w nim*;

2. Zapoznałam/zapoznałem się z ***Regulaminem udziału w projekcie* ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Skaryszew powyżej 60 roku”*,*** akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania;

3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie;

4 Oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami powszechnie obowiązującymi dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym z RODO, a także z obowiązującym w MGOPS Skaryszew opisem technicznych i organizacyjnych środków zapewniających ochronę i bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych i zobowiązuję się do przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych, z którymi zapoznałem/am się oraz sposobów ich zabezpieczania, zarówno w okresie trwania umowy jak również po ustaniu stosunku prawnego łączącego mnie z MGOPS Skaryszew.

8. Przedstawione przeze mnie w niniejszym *formularzu zgłoszeniowym* dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszego formularza. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności jaka ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………………….. | …………………………………………………………………………… |
| miejscowość, data | czytelny podpis Kandydata/Kandydatki lub opiekuna prawnego\* |

*Pouczenie*

*Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego*