**FORMULARZ REKRUTACYJNY OPIEKUNA FAKTYCZNEGO OSOBY NIESAMODZIELNEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| TYTUŁ PROJEKTU | **„Dom- najlepsze miejsce na świecie ”** |
| Nr umowy | UDA-RPSL.09.02.124-0245/18-00 |
| Oś priorytetowa | IX. Włączenie społeczne |
| Działanie | 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne |
| Poddziałanie | 9.2.1 Rozwój usług zdrowotnych – konkurs |
| Projektodawca | GSU POMOC GÓRNICZY KLUB UBEZPIECZONYCH S.A. |

Projekt *„Dom- najlepsze miejsce na świecie ” finansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.*

Proszę zakreślić odpowiedź znakiem X oraz wpisać wymagane informacje w oznaczonych polach.

**Dane osobowe:**

Imię i nazwisko : …………………………………………………………………………………………………………….

Data urodzenia : …………………………………………………………………….. Wiek……………………………..

Miejsce zamieszkania : ……-……………………………………………………………………………………………..

 (kod pocztowy) (miejscowość) (ulica) (nr domu)(nr mieszkania)

Telefon kontaktowy : …………………………………………e-mail:………………………………………………….

Numer PESEL: ……………………………………………………………………………………………………………….

Płeć

□ kobieta □ mężczyzna

Wykształcenie:

□ niższe niż podstawowe (brak wykształcenia)

□ podstawowe (wykształcenie na poziomie szkoły podstawowej)

□ gimnazjalne (wykształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej)

□ ponadgimnazjalne (wykształcenie na poziomie szkoły średniej lub zasadnicze zawodowe)

□ policealne (wykształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)

□ wyższe (wykształcenie na poziomie szkoły wyższej)

**Status osoby na rynku pracy w chwili wypełniania formularza:**

**□** Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji powiatowego urzędu pracy,

w tym **□** osoba długotrwale bezrobotna

 **□** Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji powiatowego urzędu pracy,

w tym **□** osoba długotrwale bezrobotna

 **□** Osoba bierna zawodowo,

W tym **□** Osoba nieuczestnicząca się w kształceniu lub szkoleniu

**□** Osoba ucząca się

**□** inne

 **□** Osoba pracująca to

W tym **□** pracująca w administracji rządowej

 **□**  pracująca w administracji samorządowej

 **□** pracująca w dużym przedsiębiorstwie

**□** pracująca w MMSP

**□** pracująca w organizacji pozarządowej

**□** prowadząca działalność na własny rachunek

**□** inne

Wykonywany zawód: ………………………………………………………………………………………………………

Miejsce pracy: ………………………………………………………………………………………………………………..

(nazwa i adres siedziby)

………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Status szczególny uczestnika projektu**

1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

□ tak □ nie □ odmawiam podania danych

2. . Osoba z niepełnosprawnościami

□ tak □ nie □ odmawiam podania danych

( osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z. 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)

3. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

□ tak □ nie □ odmawiam podania danych

4. Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione) (dane wrażliwe)

□ tak □ nie □ odmawiam podania danych

**Sytuacja domowa**

Imię i nazwisko osoby niesamodzielnej, nad którą Pan/Pani sprawuje opiekę : …………………………………

Czy opiekując się osobą z rodziny w związku z ograniczonymi możliwościami wykonywania przez nią czynności dnia codziennego, musiał/a zrezygnować Pan/Pani z pracy lub nauki?

□ tak □ nie

**Deklaruję przynależność do jednej lub kilku wskazanych poniżej grup (zaznaczyć właściwą/właściwe):**

🔾 osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.) w związku z czym załączam odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia

W tym: 🔾 osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności

🔾 osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi

 🔾 osoby z innym niż wskazane powyżej rodzajem niepełnosprawności

🔾 osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w związku z czym załączam zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację np. kopia wyroku sądowego, pismo ze spółdzielni o zadłużeniu

🔾 osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020

**Oświadczenia kandydata/ki do projektu**

Ja niżej podpisany/-a oświadczam że:

Moim miejscem zamieszkania/nauki lub pracy jest …………………………………………………………………………………………………………………………………………....……..

 (nazwa/y miejscowości)

Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w Regulaminie uczestnictwa w projekcie „Dom- najlepsze miejsce na świecie ” i deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wyłącznie na cele projektowe.

Zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.

Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.

Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym – Opiekun Osoby Niesamodzielnej są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

W przypadku wskazania statusu osoby z niepełnosprawnością załącznikiem do Formularza Rekrutacyjnego – Opiekun Osoby Niesamodzielnej jest orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność, a w przypadku osoby bezrobotnej zarejestrowanej w powiatowym urzędzie pracy – zaświadczenie z PUP.

………………………………………… …………………………………

(miejscowość, data) (czytelny podpis)

**WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU**

Data przyjęcia formularza…………………………………….....Godzina……………………………………..

 ………………………………………

podpis osoby przyjmującej

\*wszystkie druki dostępne są na stronach internetowych [www.gsupomoc.pl](http://www.gsupomoc.pl) i [www.gsu-zdrowie.pl](http://www.gsu-zdrowie.pl) oraz w Poradni GSU Zdrowie w Rudzie Śląskiej ul. Ks. Ludwika Tunkla 112 a