

ANKIETA REKRUTACYJNA

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „CENTRUM DZIENNEJ OPIEKI I PIELEGNACJI CARITAS W WIŚNIÓWCE – usługi opieki medycznej dla osób niepełnosprawnych i seniorów z aglomeracji Kielc (Kielce i Wiśniówka)”

nr RPSW.9.02.03-26-0006/18

Dane kandydata:	
Nazwisko	Imię (imiona)
PESEL	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia:	Wiek (w chwili rozpoczęcia projektu)
Adres zamieszkania Ulica/Miejscowość	Numer Miejsce zamieszkania <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Kod pocztowy	Poczta Adres e-mail
Gmina:	Tel. komórkowy
Powiat:	Tel. domowy
Wykształcenie:	
<input type="checkbox"/> Podstawowe	<input type="checkbox"/> Zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> Średnie zawodowe <input type="checkbox"/> Wyższe zawodowe
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne	<input type="checkbox"/> Średnie ogólne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	
1. Czy osoba jest bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	
2. Czy osoba jest bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	
3. Czy osoba jest bierna zawodowo, w tym:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne	
4. Czy osoba jest pracującą, w tym:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej	

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (mikro-, małe i średnie przedsiębiorstwa) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne Oraz: Wykonywany zawód: Osoba zatrudniona w:	
5. Czy osoba należy do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
6. Czy osoba jest bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
7. Czy osoba jest niepełnosprawna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jeśli „TAK” to w jakim stopniu: <input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym Symbol orzeczenia o niepełnosprawności:	
8. Czy osoba jest w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
9. Czy osoba korzysta ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
10. Czy osoba jest ubezwłasnowolniona?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Częściowo <input type="checkbox"/> Całkowicie
11. Czy osoba korzysta ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
12. Czy jest osobą zależną (niesamodzielną)? – tj. 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	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
13. Czy osoba jest zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Dane teleadresowe rodzica/opiekuna prawnego (wypełnić w przypadku gdy kandydat jest osobą ubezwłasnowolnioną)		
Imię i nazwisko		
Miejsce zamieszkania	<input type="checkbox"/> Miasto	<input type="checkbox"/> Wieś
Ulica, nr domu / lokalu		
Miejscowość		
Kod pocztowy i poczta		

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Gmina		Powiat	
Telefon			

KRYTERIA REKRUTACJI DO PROJEKTU

Kryteria rekrutacji	Proszę wstawić znak „x” jeśli dane kryterium jest spełnione oraz dołączyć dokumenty dokumenty/kserokopie potwierdzające jego spełnienie ¹	
KRYTERIA FORMALNE	Miejsce zamieszkania chorego i opiekuna	Województwo:..... Powiat: Miejscowość:
	Niesamodzielność chorego	Ocena w skali BARTHEL <input type="checkbox"/> poniżej 40 punktów <input type="checkbox"/> od 41 do 80 punktów <input type="checkbox"/> powyżej 81 punktów
	UWAGA! Do formularza należy dołączyć skierowanie lekarza POZ do objęcia opieką długoterminową Ja niżej podpisany (imię i nazwisko opiekuna)..... jako opiekun (imię i nazwisko chorego)..... oświadczam, że sprawuję stałą opiekę nad wyżej wskazaną osobą niesamodzielną/niepełnosprawną. <div style="text-align: right;">..... Czytelny podpis</div>	

¹ W przypadku nie dołączenia wymaganych dokumentów kryterium uważa się za niespełnione

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Oświadczam, iż nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez UE w ramach EFS.

Oświadczam, że zobowiązuję się do przekazania informacji dotyczących mojej sytuacji po zakończeniu udziału w Projekcie zgodnie z zakresem danych określonych w Wytocznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014 – 2020 (do 6 miesięcy po opuszczeniu przeze mnie Projektu).

Oświadczam, że dane podane przeze mnie w ankiecie rekrutacyjnej są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Caritas Diecezji Kieleckiej ul. Plac Najświętszej Maryi Panny 1, 25-010 Kielce w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach działań realizowanych w związku z projektem.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.

.....
(Data i czytelny podpis kandydatki/kandydata / opiekuna prawnego)