

ANKIETA REKRUTACYJNA

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ CARITAS W KIELCACH”

nr RPSW.9.02.03-26-0012/18

Dane uczestnika:

Kraj;

Rodzaj uczestnika;

indywidualny

pracownik lub przedstawiciel instytucji podmiotu

Nazwisko

Imię (imiona)

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

Data urodzenia:

Wiek

(w chwili przystąpienia do projektu)

Dane kontaktowe:

Województwo :

Powiat:

Gmina:

Adres zamieszkania

Numer

Miejsce zamieszkania

miasto

wieś

Ulica/Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

Wykształcenie:

Podstawowe

Ponadgimnazjalne

Wyższe magisterskie

Gimnazjalne

Policealne

Status uczestnika projektu 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 pracująca, w tym:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <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:	
Rodzaj wsparcia:	
USŁUGI ZDROWOTNE W ZAKRESIE USPRAWNIANIA SAMOBSŁUGI I SAMOOPIEKI	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
DZIAŁANIA EDUKACYJNE SKIEROWANE DO RODZINY I OPIEKUNÓW	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
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 <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
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-	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

2020?	
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			
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	<p style="text-align: center;">Miejsce zamieszkania</p> <p>Kielce</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>POWIAT KIELECKI, GMINA.....</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
KRYTERIA PREMIUJĄCE (max 10 pkt)	<p>Mężczyzna (3 pkt)</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym (4 pkt)</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba korzystająca z POPŻ na lata 2014-2020 (3 pkt)</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Liczba punktów premiujących</p>

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

Załączam następujące dokumenty:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> zaświadczenie o dochodach (ZUS/PIT) | <input type="checkbox"/> zaświadczenie z OPS o korzystaniu ze świadczeń |
| <input type="checkbox"/> oświadczenie o dochodach | <input type="checkbox"/> formularz skali Barthel |

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 Wytycznych 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. Jana Pawła II 3, 25-013 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)

Wynik postępowania rekrutacyjnego

1) Kandydat/ka spełnił/a kryteria obowiązkowe : Tak Nie

2) Kandydat/ka uzyskała kwalifikacje do projektu poprzez spełnienie kryteriów premiującychpkt, w tym;

- mężczyźni pkt.
- OzN w stopniu znacznym lub umiarkowanympkt.
- os korzystające z PO PŻ pkt.

Wynik rekrutacji:

Zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

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

Specjalne potrzeby uczestnika (jakie?)

.....
.....

Miejscowość, data

.....

Podpisy pracowników Komisji rekrutacyjnej

- 1)
- 2)
- 3)