

Projekt RPSW.09.02.01-26-0083/18 „NOWA JAKOŚĆ CODZIENNOŚCI, rozwój usług społecznych w regionie świętokrzyskim: wsparcie środowiskowe osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych, rodzinne domy pomocy i mieszkalnictwo wspomagane”

ANKIETA REKRUTACYJNA

Niniejszym deklaruję chęć udziału w projekcie nr RPSW.09.02.01-26-0083/18 „NOWA JAKOŚĆ CODZIENNOŚCI, rozwój usług społecznych w regionie świętokrzyskim: wsparcie środowiskowe osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych, rodzinne domy pomocy i mieszkalnictwo wspomagane”

Dane kandydata:			
Nazwisko		Imię (imiona)	
PESEL		Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
Data urodzenia:		Wiek (w chwili rozpoczęcia projektu)	
Adres zamieszkania		Numer	Miejsce zamieszkania <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Ulica/Miejscowość			
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	

Projekt RPSW.09.02.01-26-0083/18 „NOWA JAKOŚĆ CODZIENNOŚCI, rozwój usług społecznych w regionie świętokrzyskim: wsparcie środowiskowe osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych, rodzinne domy pomocy i mieszkalnictwo wspomagane”

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 <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.	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących: W tym:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	- w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	- osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Projekt RPSW.09.02.01-26-0083/18 „NOWA JAKOŚĆ CODZIENNOŚCI, rozwój usług społecznych w regionie świętokrzyskim: wsparcie środowiskowe osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych, rodzinne domy pomocy i mieszkalnictwo wspomagane”

9. Czy osoba jest w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
10. Czy osoba korzysta ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
11. Czy osoba jest ubezwłasnowolniona?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Częściowo <input type="checkbox"/> Całkowicie
12. Czy osoba korzysta ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
13. 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
14. 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 PREMIOWANE :

Kryteria rekrutacji	Proszę wstawić znak „X” jeśli dane kryterium jest spełnione oraz dołączyć dokumenty dokumenty/kserokopie potwierdzające jego spełnienie (W przypadku nie dołączenia wymaganych dokumentów kryterium uważa się za niespełnione)
Wysokość dochodu na członka rodziny (podać kwotę wysokości dochodu na członka rodziny) Czy załączono zaświadczenie: TAK / NIE



Projekt RPSW.09.02.01-26-0083/18 „NOWA JAKOŚĆ CODZIENNOŚCI, rozwój usług społecznych w regionie świętokrzyskim: wsparcie środowiskowe osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych, rodzinne domy pomocy i mieszkalnictwo wspomagane”

Niesamodzielność potwierdzona zaświadczeniem lekarskim	Czy załączono zaświadczenie: TAK / NIE
Czy osoba jest samotna /pozbawiona wsparcia rodziny	TAK / NIE

.....
Czytelny podpis

Ja (imię i nazwisko opiekuna)
jako opiekun (imię i nazwisko chorego).....
oświadczam, że sprawuję stałą opiekę nad wyżej wskazaną osobą niesamodzielną/niepełnosprawną.

.....
Czytelny podpis

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)

OŚWIADCZENIE o posiadaniu statusu osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym

Ja, niżej podpisany/a

imię i nazwisko

oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego, który brzmi: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.” Dz. U. 1997 nr 88 poz. 553 oświadczam, że należę do co najmniej jednej z poniższych grup społecznych:

- a) 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 2004r. o pomocy społecznej; (tj. ubóstwo, bezrobocie, bezradność w sprawach opiekuńczo - wychowawczych, niepełnosprawność, alkoholizm, przemoc, sytuacja kryzysowa, długotrwała lub ciężka choroba).
- b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- c) osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- d) osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2016 r. poz. 1654, z późn. zm.);
- e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2017 r. poz. 2198, z późn. zm.);
- f) osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;
- g) 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;
- h) osoby niesamodzielne;
- i) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- j) osoby odbywające kary pozbawienia wolności;
- k) osoby korzystające z PO PŻ.

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

.....
Imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego, który brzmi: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.” Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553 oświadczam, że jestem osobą:

* właściwe zakreślić

a) **samotnie gospodarującą** * - związku z tym:

mój średni miesięczny dochód netto z ostatnich 3 miesięcy wyniósł zł.

UWAGA: Uzyskiwany dochód może być weryfikowany zaświadczeniami z odpowiednich instytucji.

b) **zamieszkującą z rodziną** * - w związku z tym:

Oświadczam, że rodzina moja składa się z niżej wymienionych osób (rodzice, rodzeństwo uczące się do 26 roku życia lub małżonek i dzieci)

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Miejsce pracy, nauki inne źródło utrzymania
1				
2				
3				
4				

W związku z powyższym oświadczam, że całkowity dochód netto mojej rodziny z ostatnich 3 miesięcy wyniósłzł, w związku z tym średni **miesięczny dochód netto** na osobę w rodzinie wyniósł zł.

Podany powyżej dochód uzyskuję z tytułu i w wysokości jak niżej:

1.
2.
3.

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