

Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

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 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"/> Niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5 – 8)			

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"/> osoba przybywająca na urlopie wychowawczym <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	
Wykonywany zawód:	
Osoba zatrudniona w:	
Wnioskuje o przyznanie wsparcia w:	
Zadaniu nr 1 –Mieszkania wspomagane w Wiśniówce <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Zadaniu nr 2 – Rodzinny Dom Pomocy w Błogoszowie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Zadaniu nr 3 – Rodzinny Dom Pomocy w Komorowie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Zadaniu nr 4 – Centrum Usług Środowiskowych w Wiśniówce <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 mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
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 przyczyny niepełnosprawności:	
8. Czy osoba jest zależna / niesamodzielna 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 <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.

9. Czy osoba jest w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) Jakiej? <input type="checkbox"/> osoba z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu na co najmniej ISCED 1) i będące poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1) <input type="checkbox"/> były więzień <input type="checkbox"/> narkoman <input type="checkbox"/> osoba bezdomna i wykluczona z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> osoba z obszarów wiejskich Innej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
10. Czy osoba korzysta ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
11. Czy osoba jest ubezwłasnowolniona? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Częściowo <input type="checkbox"/> Całkowicie <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.	
12. Czy osoba korzysta ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.

Dane teleadresowe rodzica/opiekuna prawnego (wypełnić w przypadku gdy kandydat jest osobą ubezwłasnowolnioną)			
Imię i nazwisko			
Ulica, nr domu / lokalu			
Kod pocztowy i poczta			
Gmina		Powiat	
Telefon			

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

.....
data i czytelny podpis opiekuna

OŚWIADCZENIE

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

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz akceptuję jego postanowienia oraz, oświadczam że spełniam kryteria kwalifikacyjne.

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 w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.

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

Wyrażam zgodę na wykonywanie fotografii i materiałów audiowizualnych obejmujących mój wizerunek oraz publikację materiałów zdjęciowych, materiałów audio-wizualnych z moim udziałem na stronach internetowych, w środkach masowego przekazu, w celach informacyjnych i promocyjnych projektu „NOWA JAKOŚĆ CODZIENNOŚCI, rozwój usług społecznych w regionie świętokrzyskim: wsparcie środowiskowe osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych, rodzinne domy pomocy i mieszkalnictwo wspomagane” oraz na potrzeby informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego /Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020.

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 podpis kandydatki/kandydata / opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE o posiadaniu statusu osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że
imię i nazwisko
należę do co najmniej jednej z poniższych grup społecznych:

- 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).
- osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- 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;
- 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.);
- 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.);
- 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;
- Rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością
- Osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
- Osoby niesamodzielne ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia
- Osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań
- Osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020

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

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a.....deklaruję chęć udziału w projekcie „NOWA JAKOŚĆ CODZIENNOŚCI, rozwój usług społecznych w regionie świętokrzyskim: wsparcie środowiskowe osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych, rodzinne domy pomocy i mieszkalnictwo wspomagane” realizowanym w ramach Działania RPSW.09.02. Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych Poddziałania RPSW.09.02.01 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych.

- spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do wzięcia udziału w projekcie „ Nowa Jakość Codziennosci” - (zgodnie z ankietą rekrutacyjną).
- posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
- nie korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych
- nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.
- zostałem poinformowany, że wyżej wymieniony projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Priorytet IX.: Włączenie społeczne i walka z ubóstwem; Poddziałanie 09.02.01 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- zapoznałam/em się z ofertą projektu, Regulaminem Organizacyjnym, Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa, w pełni akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.
- zobowiązuję się do wypełnienia wszystkich dokumentów niezbędnych w celu realizacji działań projektowych oraz procesu monitoringu po zakończeniu realizacji projektu.
- udzielam Wnioskodawcy nieodpłatnego prawa wielokrotnego, wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda dotyczy utrwalania, zwielokrotniania, rozpowszechniania oraz publikowania wizerunku w związku z uczestnictwem w projekcie służącym popularyzacji oraz promocji działań podejmowanych w ramach projektu pn. „Nowa Jakość Codziennosci.”

.....
miejscość i data

.....
czytelny podpis
Uczestniczki/Uczestnika



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „NOWA JAKOŚĆ CODZIENNOŚCI, rozwój usług społecznych w regionie świętokrzyskim: wsparcie środowiskowe osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych, rodzinne domy pomocy i mieszkalnictwo wspomagane” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielce 3, 25-516 Kielce;
- 2) administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ), w szczególności:
 - a) udzielenia wsparcia,
 - b) potwierdzenia kwalifikowalności wydatków,
 - c) monitoringu,
 - d) ewaluacji,
 - e) kontroli,
 - f) audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje,
 - g) sprawozdawczości,
 - h) rozliczenia projektu,
 - i) zachowania trwałości projektu,
 - j) archiwizacji.
- 4) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020 (RPOWŚ 2014-2020)
- 5) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt - CARITAS DIECEZJI KIELECKIEJ ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu

 (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPOWŚ 2014 - 2020;

- 6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 2, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 7) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
- 8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia projektu pn. „NOWA JAKOŚĆ CODZIENNOŚCI, rozwój usług społecznych w regionie świętokrzyskim: wsparcie środowiskowe osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych, rodzinne domy pomocy i mieszkalnictwo wspomagane” oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 10) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



.....
Imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Ja, niżej podpisany/a 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)

MATRYCA - KRYTERIA REKRUTACJI DO PROJEKTU (wypełnia komisja rekrutacyjna)

Kryteria rekrutacji	Proszę wstawić znak „x” jeśli dane kryterium jest spełnione oraz dołączyć dokumenty dokumenty/kserokopie potwierdzające jego spełnienie ¹
<p>KRYTERIA OBOWIĄKOWE</p>	<p>1) Kandydat /-ka zamieszkuje / uczy się / pracuje na terenie województwa świętokrzyskiego:</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> powiat kielecki, gmina Zagnańsk;</p> <p><input type="checkbox"/> powiat kielecki, gmina Masłów;</p> <p><input type="checkbox"/> powiat Kielce, gmina Kielce;</p> <p><input type="checkbox"/> powiat buski, gmina Pacanów;</p> <p><input type="checkbox"/> powiat jędrzejowski, gmina Oksa</p>
	<p>2) Kandydat /-ka jest osobą zagrożoną ubóstwem / wykluczeniem społecznym:</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
	<p>3) Kandydat /-ka jest osobą niesamodzielną / zależną, która wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność:</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
	<p>4) Kandydat /-ka wyraża zgodę na udostępnienie danych wrażliwych oraz przekazania informacji na temat swojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie :</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
	<p>W przypadku rekrutacji do zad. 1 – mieszkania wspomagane / chronione w Wiśniówce</p> <p>5) Kandydat /-ka załącza zaświadczenie lekarskie / oświadczenie psychologa o braku przeciwwskazań do wspólnego zamieszkiwania:</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
	<p>6) Kandydat /-ka oświadcza, że posiada zdolność samoobsługi oraz nie wymaga stałej opieki:</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
	<p>7) Kandydat /-ka załącza wniosek o przyznanie pomocy w formie mieszkania wspomaganego / chronionego:</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>

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



KRYTERIA PREMIUJĄCE (max 24 pkt)	Wysokość dochodu na członka rodziny nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego o którym mowa w ustawie z 12 marca 2004 r o pomocy społ. (8 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Niesamodzielnosc potwierdzona zaświadczeniem lekarskim (5 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Kandydat /-ka jest osobą niepełnosprawną <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie w stopniu <input type="checkbox"/> znacznym (4 pkt) <input type="checkbox"/> umiarkowanym (3 pkt) <input type="checkbox"/> lekkim (2 pkt)
	Wiek beneficjenta powyżej 50 roku życia : <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> od 50 do 65 roku życia (2 pkt) <input type="checkbox"/> od 66 do 74 roku życia (3 pkt) <input type="checkbox"/> powyżej 75 roku życia (4 pkt)
	Kandydat /-ka jest osobą samotną / pozbawioną wsparcia rodziny <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Liczba uzyskanych punktów premiujących

Kandydat/-ka załącza następujące dokumenty:

- orzeczenie o niepełnosprawności
- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
- oświadczenie o dochodach
- zaświadczenie z OPS o korzystaniu ze świadczeń
- wniosek o przyznanie pomocy w formie mieszkań chronionych wspomaganych/
- zaświadczenie lekarskie / opinia psychologa o braku przeciwwskazań do wspólnego zamieszkiwania
- oświadczenie o posiadaniu statusu osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym

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

Wynik postępowania rekrutacyjnego

- 1) Kandydat/ka spełnił/a kryteria obowiązkowe : Tak Nie
2) Kandydat/ka uzyskał/-a poprzez spełnienie kryteriów premiującychpkt

Wynik rekrutacji:

Zakwalifikowano do udziału w projekcie do :

- Zadanie nr 1 –Mieszkania wspomagane w Wiśniówce
- Zadanie nr 2 – Rodzinny Dom Pomocy w Błogoszowie
- Zadanie nr 3 – Rodzinny Dom Pomocy w Komorowie
- Zadanie nr 4 – Centrum Usług Środowiskowych w Wiśniówce

Nie zakwalifikowano do udziału w projekcie, uzasadnienie

.....

.....

.....

Specjalne potrzeby uczestnika (jakie?)

.....

.....

Miejscowość, data:

.....

Podpisy pracowników Komisji rekrutacyjnej:

- 1)
- 2)
- 3)



Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY W FORMIE POBYTU W MIESZKANIU WSPOMAGANYM

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy.....
2. Aktualne miejsce zamieszkania.....
.....
3. Nr telefonu kontaktowego.....
4. Imię i nazwisko opiekuna faktycznego/prawnego*:
5. Telefon kontaktowy opiekuna faktycznego/prawnego*:
6. Dane osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą (imię, nazwisko, pokrewieństwo, data urodzenia):

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia

7. Wysokość miesięcznego dochodu (z jakiego tytułu) – dochód z 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku
.....
.....

8. Sytuacja mieszkaniowa osoby niesamodzielnej :

* właściwe podkreślić

- a) DOM / MIESZKANIE JEST LOKALEM*: gminnym, spółdzielczym, zakładowym, innym

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- (jakim?) _____
- b) STATUS PRAWNY NIERUCHOMOŚCI:
- Właściciel * TAK / NIE ; Nr księgi wieczystej: _____
- Najemca * TAK / NIE; Umowa z dnia: _____
na okres _____
- c) LICZBA OSÓB ZAMIESZKUJĄCE W LOKALU: _____
- d) KONDYGNACJA: _____
- e) POWIERZCHNIA UŻYTKOWA LOKALU: _____ m2
- f) LICZBA POKOI: _____
- g) LOKAL JEST WYPOSAŻONY W*: łazienkę / wc
- h) INSTALACJE*: wodna / kanalizacyjna / gazowa / elektryczna / c.o.
- i) ZALEGŁOŚCI* występują / brak NA DZIEŃ: _____
- kwota zaległości bieżących: _____
- kwota zaległości zasądzonych: _____
- ugoda* TAK / NIE

Należy krótko opisać warunki mieszkaniowe tzn. ilość i stan pomieszczeń, jego wyposażenie oraz ewentualne bariery architektoniczne np. brak windy itp.):

.....

.....

.....

.....

.....

9. Sytuacja rodzinna

.....

.....

.....

.....

10. Sytuacja zdrowotna.....

.....

.....

.....

.....

.....
Miejscowość, dnia

.....
Podpis Wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić



Załącznik nr 3 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE / OPINIA PSYCHOLOGICZNA

Niniejszym zaświadcza się , że Pani / Pan
(imię i nazwisko)

nie wykazuje przeciwwskazań zdrowotnych oraz psychologicznych do wspólnego zamieszkiwania w mieszkaniu chronionym / wspomaganym.

.....
Data, pieczętka oraz podpis lekarza / psychologa

