



**FORMULARZ REKRUTACYJNY DLA OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROJEKCIE „Nowa oferta dla osób starszych i osób niepełnosprawnych z terenu miasta i gminy Kępno”**

Projekt jest realizowany przez Gminę Kępno/Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kępnie, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014–2020, Oś Priorytetowa VII Włączenie społeczne, Działanie 7.2 Usługi społeczne i zdrowotne.

*Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety.*

Informacje wypełniane przez Beneficjenta	
Data przyjęcia formularza	
Podpis osoby przyjmującej	

OŚWIADCZENIE		
<b>Dane osobowe</b>	Imię/Imiona.....	
	Nazwisko.....	
	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
	Data urodzenia .....	
	Miejsce urodzenia.....	
	Wiek w chwili przystąpienia do projektu.....	
	PESEL .....	
	Nr dowodu osobistego.....	
	Stan cywilny.....	
	wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe
<b>Miejsce zamieszkania na terenie miasta i gminy Kępno</b> zgodne (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</span>		



<b>Adres zamieszkania</b>	Ulica.....		
	Nr domu.....		
	Nr lokalu.....		
	Miejscowość.....		
	Kod pocztowy.....		
	Powiat.....		
	Województwo.....		
	Obszar miejski <input type="checkbox"/>		Obszar wiejski <input type="checkbox"/>
	Telefon kontaktowy.....		
	Adres poczty e-mail.....		
<b>Korzystam z pomocy społecznej</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
<b>Powód przystąpienia do projektu</b>	<input type="checkbox"/> osoba starsza ( <i>Kobieta po 60 r.ż, Mężczyzna po 60 r.ż</i> ) <input type="checkbox"/> niepełnosprawność <input type="checkbox"/> niesamodzielność w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego <input type="checkbox"/> zagrożona wykluczeniem społecznym		
<b>Posiadam dochód :</b>	poniżej:	634,00 zł	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	w granicach:	634,00 zł – 1500,00 zł	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	powyżej:	1500,00 zł	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Oczekuję pomocy/wsparcia</b>	<p><b><i>w zaspakajaniu codziennych potrzeb życiowych:</i></b></p> <input type="checkbox"/> dostarczanie produktów spożywczych <input type="checkbox"/> przygotowanie posiłków <input type="checkbox"/> pomoc w utrzymaniu porządku w gospodarstwie domowym <input type="checkbox"/> regulowaniu opłat <input type="checkbox"/> czynności dot. spraw osobistych <input type="checkbox"/> opiekę higieniczną <input type="checkbox"/> zleconą przez lekarza pielęgnację <input type="checkbox"/> w miarę możliwości zapewnienie kontaktów z otoczeniem <input type="checkbox"/> pomoc w załatwianiu spraw urzędowych <input type="checkbox"/> innej, jakiej ?.....		
	<p><b><i>dostosowaną do potrzeb, rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności:</i></b></p> <input type="checkbox"/> rehabilitację w miejscu zamieszkania <input type="checkbox"/> pomoc terapeuty w miejscu zamieszkania <input type="checkbox"/> zapewnienia poczucia bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania		



<b>Jestem osobą?</b>	<p><b>a) w wieku powyżej 60 lat</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p><b>b) niesamodzielną</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p><b>c) osobą z niepełnosprawnościami</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>niepełnosprawność w stopniu:</p> <p>- znacznym: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>- umiarkowanym <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>- lekkim <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>Oczekiwania po zakończeniu uczestnictwa w Projekcie.....</p> <p>.....</p>	

Oświadczam, iż:

1. **Oświadczam**, że samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „*Nowa oferta dla osób starszych i osób niepełnosprawnych z terenu miasta i gminy Kępno*” organizowanym przez Gminę Kępno/ Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kępnie.
2. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych** zgodnie art. 6 ust 1 lit. a Rozporządzenia parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) .
3. **Oświadczam**, że zostałem/am poinformowany/a o przyjętych kryteriach kwalifikacyjnych do udziału w projekcie pt. „ *Nowa oferta dla osób starszych i osób niepełnosprawnych z terenu miasta i gminy Kępno*” realizowanym w okresie od 31.12.2018r do 31.12.2021r przez Gminę Kępno/ Miejsko– Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kępno współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa VII, Działanie 7.2. Usługi społeczne i zdrowotne i wyrażam zgodę na mój udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
4. **Oświadczam**, że zamieszkuję na terenie miasta/gminy Kępno.
5. **Oświadczam**, że zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu, w tym również po zakończeniu projektu.
6. W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie „*Nowa oferta dla osób starszych i osób niepełnosprawnych z terenu miasta i gminy Kępno*” zobowiązuję się do dostarczenia wszelkich dokumentów potwierdzających dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym.
7. *Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne z prawdą.*

Kępno, dnia .....

.....

/Czytelny podpis/