

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

**Projekt „OPIEKA BEZ BARIER”**

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz budżetu państwa, realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA”, na podstawie Umowy nr FEPK.07.18-IP.01-0111/23-00 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie w ramach regionalnego programu Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027

PRIORYTET nr FEPK.7 „Kapitał ludzki gotowy do zmian”

DZIAŁANIE FEPK.07.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**Przed wypełnieniem formularza rekrutacyjnego prosimy o zapoznanie się z**

**Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „OPIEKA BEZ BARIER”**

| Data wpływu Formularza rekrutacyjnego (wypełnia personel Projektu)              |  |         |                      |       |           |
|---|--|---------|----------------------|-------|-----------|
| Data  |  | Godzina |                      | Numer | OBB/_____ |
| Liczba uzyskanych punktów wg. Kryterium rekrutacji (wypełnia personel Projektu) |  |         |                      |       |           |
| Kryteria formalne:  |  |         | Kryteria premiujące: |       |           |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Wnioskuje o objęcie wsparciem: | <input type="checkbox"/> opiekuńczym ( <b>grupa 1</b> ) <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> asystenckim ( <b>grupa 2</b> ) <sup>2</sup><br><b>ORAZ:</b><br><input type="checkbox"/> szkolenie dla Opiekuna faktycznego/niefORMALNEGO ( <b>grupa 3</b> ) <sup>3</sup> (proszę wypełnić załącznik B) |
|--------------------------------|---|

| 1. Dane personalne Kandydata do Projektu |  |
|--|--|
| Imię                                     |  |

<sup>1</sup> Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

<sup>2</sup> Osoby z niepełnosprawnością

<sup>3</sup> Osoby sprawujące Opiekę niefORMALNĄ nad osobą z GR 1 lub GR 2



|  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|
| Nazwisko   |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |
| Telefon  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |
| Adres e-mail   |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |
| PESEL  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |
| Płeć   | <input type="checkbox"/> Kobieta<br><input type="checkbox"/> Mężczyzna |  |  |  | wiek               |  |  |  |  |  |  |
| Obywatelstwo   |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Osoba do kontaktu</b></li> </ul> |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |
| Imię i nazwisko  |  |  |  |  | Telefon kontaktowy |  |  |  |  |  |  |
| <b>OPIEKUN NIEFORMALNY/FAKTYCZNY<sup>4</sup></b>                           |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |
| Imię i nazwisko  |  |  |  |  | Telefon kontaktowy |  |  |  |  |  |  |

|   |  |              |  |
|---|--|--------------|--|
| <b>2. Adres zamieszkania Kandydata/teki</b> |  |              |  |
| Województwo                                 |  |              |  |
| Powiat                                      |  | Gmina        |  |
| Miejscowość                                 |  | Kod pocztowy |  |
| Ulica                                       |  |              |  |
| Nr budynku                                  |  | Nr lokalu    |  |
| Obszar                                      | <input type="checkbox"/> Obszar miejski<br><input type="checkbox"/> Obszar wiejski |              |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>3. Wykształcenie Kandydata/teki:</b> |  |
| Wykształcenie (należy)                  | <input type="checkbox"/> <b>Brak</b> (brak formalnego wykształcenia) ISCED<br><input type="checkbox"/> <b>Podstawowe</b> (kształcenie ukończone na poz. szkoły podst.) |

<sup>4</sup> Wypełnić jeżeli dotyczy



|  |  |
|--|--|
| wybrać<br>najwyższe<br>ukończone)  | ISCED 1  |
|  | <input type="checkbox"/> <b>Gimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poz. szkoły gimn.)   |
|  | ISCED 2  |
|  | <input type="checkbox"/> <b>Ponadgimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poz. szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ISCED 3  |
|  | <input type="checkbox"/> <b>Policealne</b> (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4 |
| <input type="checkbox"/> <b>Wyższe</b> (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych, tj. osoby, które uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora) ISCED 5-8 |  |

| 4. Status na rynku pracy Kandydata/-ki w chwili przystąpienia do projektu<br>(należy wybrać jedną odpowiedź):   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy,<br><b>w tym:</b><br><input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna<br><input type="checkbox"/> inne                          | <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy,<br><b>w tym:</b><br><input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna<br><input type="checkbox"/> inne |
| <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo,<br><b>w tym:</b><br><input type="checkbox"/> ucząca się<br><input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu<br><input type="checkbox"/> inne | <input type="checkbox"/> Osoba pracująca  |

#### 5. Szczególna sytuacja Kandydata/-ki

|  |   |
|--|---|
| <p>Osoba należących do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych.</p> <p><i>(Mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.)</i></p> | <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p> |
| <p>Osoba obcego pochodzenia.</p> <p><i>(Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów).</i></p>   | <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p>   |
| <p>Osoba z krajów trzecich.</p> <p><i>(Osoba, która jest obywatelem krajów spoza UE)</i></p>   | <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p>   |
| <p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p>   | <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p>   |
| <p>Osoba zamieszkująca samotnie</p>  | <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p>   |

## 6. Kryteria rekrutacji FORMALNE:

Oświadczam, że jestem:



|   |  |
|---|--|
| <p>Osobą zamieszkującą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie powiatu rzeszowskiego lub miasta Rzeszów</p> | <p><input type="checkbox"/> TAK<br/><input type="checkbox"/> NIE</p>   |
| <p>Osobą:</p>   | <p><input type="checkbox"/> <b>samotną</b> w rozumieniu art. 6 pkt. 9 ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (tj. osobą samotnie gospodarującą, niepozostającą w związku małżeńskim i nieposiadającą wstępnych ani zstępnych), która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości</p>    |
|   | <p><input type="checkbox"/> <b>samotnie gospodarującą</b> w rozumieniu art. 6 pkt.10 ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (tj. osobą prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe), gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości</p> |
|   | <p><input type="checkbox"/> <b>w rodzinie</b>, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić</p>  |



|  |  |
|--|--|
|  | odpowiedniej pomocy,<br>wykorzystując swe<br>uprawnienia, zasoby i<br>możliwości |
| <p><b>Osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu</b> tj.: osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej 1 z podstawowych czynności dnia codziennego</p> <p><b><u>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</u></b> zaświadczenie lekarskie, potwierdzające, że Uczestnik wymaga pomocy drugiej osoby w codziennym funkcjonowaniu</p> | <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>          |
| <p>że nie otrzymałam/-em dotychczas wsparcia w postaci usług opiekuńczych/asystenckich/specjalistycznych usług opiekuńczych lub otrzymałam/-em je w innym zakresie niż te, o które ubiegam się w ramach niniejszego projektu.</p>  | <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>          |
| <p>że jestem osobą z niepełnosprawnością (obowiązkowe dla GR II wsparcie Asystenta Osoby Niepełnosprawnej)</p> <p><b><u>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</u></b> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem</p>  | <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>          |
| <p><b>7. Kryteria rekrutacji PREMIUJĄCE:</b></p>   |  |



| <b>Oświadczam, że jestem:</b>  |  | <b>PUNKTY:</b><br>(wypełnia<br>Personel<br>Projektu) |
|--|--|--|
| Osobą z niepełnosprawnością<br><br><b>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</b> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem                                | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE | ___ / 1 pkt.   |
| Osobą z niepełnosprawnością sprzężoną<br><br><b>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</b> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem                      | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE | ___ / 1 pkt.   |
| Osobą z chorobami psychicznymi<br><br><b>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</b> zaświadczenie lekarskie lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE | ___ / 1 pkt.   |
| Osobą z niepełnosprawnością intelektualną<br><br><b>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</b> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem                  | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE | ___ / 1 pkt.   |



|   |   |                     |
|---|---|---------------------|
| <p>Osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi</p> <p><b>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</b> zaświadczenie lekarskie lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem</p>  | <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> | <p>___ / 1 pkt.</p> |
| <p>Osobą samotnie zamieszkującą</p>   | <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> | <p>___ / 1 pkt.</p> |
| <p>Osobą korzystającą z FEPŻ (Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową na lata 2021-2027), a zakres uzyskanego wsparcia nie będzie powielał działań, które otrzymałam/em /otrzymuję z FEPŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w FEPŻ</p> <p><b><u>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</u></b> zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej</p>                                      | <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> | <p>___ / 1 pkt.</p> |
| <p>Osobą, której <b><u>dochód NIE przekracza 150%</u></b> właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ust. z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społecznej</p> <p>tj: - 1164 zł – os. samotnie gospodarujące<br/>- 900 zł – os. gospodarująca w rodzinie</p> <p><b><u>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</u></b> odpowiednio wypełniony Załącznik nr 2 wraz z dokumentami potwierdzającymi.</p> | <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> | <p>___ / 3 pkt.</p> |
| <p>Kryteria Formalne</p>  | <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> | <p>___ / 1 pkt.</p> |





ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW:

| 8. Dodatkowe   |   |
|--|---|
| Preferowana płeć opiekuna/asystenta prowadzącego   | <input type="checkbox"/> kobieta<br><input type="checkbox"/> mężczyzna<br><input type="checkbox"/> brak preferencji |
| Preferowana forma płatności za usługę opiekuńczą – wkład własny (jeśli dotyczy)  | <input type="checkbox"/> gotówka<br><input type="checkbox"/> przelew  |
| <b>W przypadku zgłoszeń dokonanych przez osoby z różnymi niepełnosprawnościami lub osoby u których występują potencjalne bariery w udziale w projekcie, prosimy o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które ewentualnie moglibyśmy zapewnić - max 500 znaków</b> |   |
|  |   |

.....  
 Data i miejscowość

.....  
 Czytelny podpis Kandydata/-ki<sup>56</sup>

<sup>5</sup> W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

<sup>6</sup> W przypadku braku możliwości uzyskania czytelnego podpisu od Kandydata/teki należy: wykonać tuszowy odcisk palca Kandydata/teki, a osoba będąca świadkiem tego zdarzenia udziela swojego czytelnego podpisu, a przy tuszowym odcisku odnotowuje imię i nazwisko Kandydata/teki

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań OŚWIADCZAM, że:**

1. zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. „OPIEKA BEZ BARIER” oraz dokumentacją projektową i spełniam wszystkie określone w nim warunki uczestnictwa oraz zobowiązuję się do przestrzegania ich zapisów
2. zapoznałem/-am się z kryteriami kwalifikacji do udziału w projekcie oraz zasadami rekrutacji i udziału w projekcie „OPIEKA BEZ BARIER” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.  
Akceptuję wszystkie postanowieni ww. Regulaminu
3. zostałem/-am poinformowana, że Projekt pt. „OPIEKA BEZ BARIER” realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach regionalnego programu Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027
4. dane osobowe podane przeze mnie w związku z ubieganiem się o udział w Projekcie są prawdziwe.
5. wszystkie dokumenty rekrutacyjne w tym załączniki co do treści i informacji w nich zawartych są aktualne na dzień składania formularza rekrutacyjnego do Fundacji Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA” – Beneficjenta Projektu,
6. jeżeli w trakcie mojego udziału w projekcie wystąpią okoliczności powodujące zmianę mojego statusu lub inne czynniki, prowadzące w konsekwencji do niekwalifikowania mnie do dalszego udziału w projekcie, poinformuję o tym zdarzeniu Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA” – Beneficjenta Projektu.
7. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacyjnych, udzielenia wsparcia oraz kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach projektu pn. „OPIEKA BEZ BARIER” realizowanego w ramach regionalnego programu Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027 (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. 2018 poz. 1000, z późn. zm.).

.....

*Data wypełnienia formularza*

.....

*Czytelny podpis Kandydata/-ki<sup>7B</sup>*

<sup>7</sup> W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

<sup>8</sup> W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej/ osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej rodzica/prawnego opiekuna.



*rekrutacyjnego*

**Załączniki do Formularza rekrutacyjnego:**

1. Klauzula RODO - załącznik nr 1 (obowiązkowo)
2. Oświadczenie o dochodach - załącznik nr 2 (jeśli dotyczy)
3. Zgoda opiekuna prawnego – załącznik nr 3 (jeśli dotyczy)
4. Oświadczenie o nie korzystaniu z tożsamyh usług- załącznik nr 4 obowiązkowo

**Projekt „OPIEKA BEZ BARIER”**

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz budżetu państwa,  
realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA”, na podstawie  
Umowy nr FEPK.07.18-IP.01-0111/23-00 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie w  
ramach regionalnego programu Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027

PRIORYTET nr FEPK.7 „Kapitał ludzki gotowy do zmian”

DZIAŁANIE FEPK.07.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej

## FORMULARZ REKRUTACYJNY - CZĘŚĆ B DLA OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH

**Przed wypełnieniem formularza rekrutacyjnego prosimy o zapoznanie się z  
Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „OPIEKA BEZ BARIER”**

| Data wpływu Formularza rekrutacyjnego (wypełnia personel Projektu)              |  |         |  |       |           |
|---|--|---------|--|-------|-----------|
| Data  |  | Godzina |  | Numer | OBB/_____ |
| Liczba uzyskanych punktów wg. Kryterium rekrutacji (wypełnia personel Projektu) |  |         |  |       |           |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Wnoszę o objęcie wsparciem: | <input type="checkbox"/> szkolenie dla Opiekuna faktycznego/nieformalnego<br>(grupa 3) |
|-----------------------------|--|

| 1. Dane personalne Kandydata do Projektu |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|
| Imię                                     |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |
| Nazwisko                                 |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |
| Telefon                                  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |
| Adres e-mail                             |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |
| PESEL                                    |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |
| Płeć                                     | <input type="checkbox"/> Kobieta<br><input type="checkbox"/> Mężczyzna |  |  |  | wiek |  |  |  |  |  |
| Obywatelstwo                             |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |
| 2. Adres zamieszkania Kandydata/teki     |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |



|             |  |              |  |
|-------------|--|--------------|--|
| Województwo |  |              |  |
| Powiat      |  | Gmina        |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Ulica       |  |              |  |
| Nr budynku  |  | Nr lokalu    |  |
| Obszar      | <input type="checkbox"/> Obszar miejski<br><input type="checkbox"/> Obszar wiejski |              |  |

### 3. Wykształcenie Kandydata/ki:

|   |  |
|---|--|
| Wykształcenie<br>(należy<br>wybrać<br>najwyższe<br>ukończone) | <input type="checkbox"/> <b>Brak</b> (brak formalnego wykształcenia) ISCED   |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Podstawowe</b> (kształcenie ukończone na poz. szkoły podst.)<br>ISCED 1  |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Gimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poz. szkoły gimn.)<br>ISCED 2  |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Ponadgimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poz. szkoły<br>średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ISCED 3   |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Policealne</b> (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż<br>kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest<br>wykształceniem wyższym) ISCED 4 |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Wyższe</b> (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych,<br>tj. osoby, które uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra<br>lub doktora) ISCED 5-8 |

### 4. Status na rynku pracy Kandydata/-ki w chwili przystąpienia do projektu (należy wybrać jedną odpowiedź):

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy,<br><b>w tym:</b><br><input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna<br><input type="checkbox"/> inne | <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy,<br><b>w tym:</b><br><input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna<br><input type="checkbox"/> inne |
|--|---|

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo,<br><b>w tym:</b><br><input type="checkbox"/> ucząca się<br><input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu<br>lub szkoleniu<br><input type="checkbox"/> inne | <input type="checkbox"/> Osoba pracująca |
|--|--|

| 5. Szczególna sytuacja Kandydata/-ki  |  |
|---|--|
| Osoba należących do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych.<br><i>(Mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.)</i> | <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |
| Osoba obcego pochodzenia.<br><i>(Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów).</i>   | <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> TAK   |
| Osoba z krajów trzecich.<br><i>(Osoba, która jest obywatelem krajów spoza UE)</i>   | <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> TAK   |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań   | <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> TAK   |
| Osoba z niepełnosprawnościami   | <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |



### 1. Kryteria rekrutacji FORMALNE:

#### Oświadczam, że jestem:

Oświadczam, że jestem Opiekunem  
nieformalnym/faktycznym

TAK

.....  
( Imię i nazwisko osoby której jestem opiekunem nieformalnym )

i zgadzam się na odbycie szkolenia

.....  
*Data i miejscowość*

.....  
*Czytelny podpis Kandydata/-ki –  
Opiekuna nieformalnego*

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań OŚWIADCZAM, że:**

1. zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. „**OPIEKA BEZ BARIER**” oraz dokumentacja projektową i spełniam wszystkie określone w nim warunki uczestnictwa oraz zobowiązuję się do przestrzegania ich zapisów
2. zapoznałem/-am się z kryteriami kwalifikacji do udziału w projekcie oraz zasadami rekrutacji i udziału w projekcie „**OPIEKA BEZ BARIER**” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.
3. Akceptuję wszystkie postanowieni ww. Regulaminu



4. zostałem/-am poinformowana, że Projekt pt. „OPIEKA BEZ BARIER” realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach regionalnego programu Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027
5. dane osobowe podane przeze mnie w związku z ubieganiem się o udział w Projekcie są prawdziwe.
6. wszystkie dokumenty rekrutacyjne w tym załączniki co do treści i informacji w nich zawartych są aktualne na dzień składania formularza rekrutacyjnego do Fundacji Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA” – Beneficjenta Projektu,
7. jeżeli w trakcie mojego udziału w projekcie wystąpią okoliczności powodujące zmianę mojego statusu lub inne czynniki, prowadzące w konsekwencji do niekwalifikowania mnie do dalszego udziału w projekcie, poinformuję o tym zdarzeniu Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA” – Beneficjenta Projektu.
8. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacyjnych, udzielenia wsparcia oraz kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach projektu pn. „OPIEKA BEZ BARIER” realizowanego w ramach regionalnego programu Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027 (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. 2018 poz. 1000, z późn. zm.).

.....  
*Data wypełnienia formularza  
rekrutacyjnego*

.....  
*Czytelny podpis Kandydata/-ki*

**Załączniki do Formularza rekrutacyjnego:**

1. Klauzula RODO - załącznik nr 1 (obowiązkowo)
2. Oświadczenie o dochodach - załącznik nr 2 (jeśli dotyczy)