

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.07 „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 (grupa 1) ¹ <input type="checkbox"/> asystenckim (grupa 2) ² ORAZ: <input type="checkbox"/> szkolenie dla Opiekuna faktycznego/niefORMALNEGO (grupa 3) ³ (proszę wypełnić załącznik B)
--------------------------------	---

1. Dane personalne Kandydata do Projektu	
Imię	
Nazwisko	
Telefon	

¹ Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

² Osoby z niepełnosprawnością

³ Osoby sprawujące Opiekę nieformalną nad osobą z GR 1 lub GR 2





Adres e-mail											
PESEL											
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna					wiek					
Obywatelstwo											
<ul style="list-style-type: none"> Osoba do kontaktu 											
Imię i nazwisko						Telefon kontaktowy					
OPIEKUN NIEFORMALNY/FAKTYCZNY⁴											
Imię i nazwisko						Telefon kontaktowy					

2. Adres zamieszkania Kandydata/cki			
Województwo			
Powiat		Gmina	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Ulica			
Nr budynku		Nr lokalu	

3. Wykształcenie Kandydata/cki:	
Wykształcenie (należy wybrać najwyższe ukończone)	<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia) ISCED
	<input type="checkbox"/> Podstawowe (kształcenie ukończone na poz. szkoły podst.) ISCED 1
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poz. szkoły gimn.) ISCED 2

^{4 4} Wypełnić jeżeli dotyczy- Opiekun nieformalny oznacza osobę opiekującą się osobą potrzebującą wsparcia (GR 1 i GR 2) niebędącą opiekunem formalnym (zawodowym) i niepobierającą wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki (nie dotyczy rodziców zastępczych), najczęściej członek rodziny, osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą, osoba bliska, wolontariusz;





	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poz. szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ISCED 3
	<input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4
	<input type="checkbox"/> Wyższe (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 (należy wybrać jedną odpowiedź):	
<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> ucząca się <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne (np. emeryci, renciści)	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	
<input type="checkbox"/> Osoba pracująca:	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność





lecniczą

- osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
- osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
- osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
- osoba pracująca na uczelni
- osoba pracująca w instytucie naukowym
- osoba pracująca w instytucie badawczym
- osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
- osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
- osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
- osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
- Inne

5. Szczególna sytuacja Kandydata/-ki

Osoba należących do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych.

(Mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.)

- NIE
- TAK
- Odmowa podania informacji





Osoba obcego pochodzenia. <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 <input type="checkbox"/> TAK
Osoba z krajów trzecich. <i>(Osoba, która jest obywatelem krajów spoza UE)</i>	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Osoba zamieszkujące samotnie	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK

6. Kryteria rekrutacji FORMALNE:	
Oświadczam, że jestem:	
Osobą zamieszkującą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie powiatu rzeszowskiego lub miasta Rzeszów	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osobą:	<input type="checkbox"/> samotną 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





	<p>wstępnych ani zstępnych), która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości</p>
	<p><input type="checkbox"/> samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt.10 ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (tj. osobą prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe), gdy wspólnie zamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości</p>
	<p><input type="checkbox"/> w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości</p>





<p>Osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj.: osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia - (obowiązkowe dla GR I wsparcie opiekuńcze)</p> <p><u>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</u> zaświadczenie lekarskie, potwierdzające, że Uczestnik wymaga pomocy drugiej osoby w codziennym funkcjonowaniu (ważne 6 miesięcy)</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p><u>Osobą która nie otrzymała 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.</u></p>	<input type="checkbox"/> TAK - nie otrzymałam/-em dotychczas wsparcia <input type="checkbox"/> NIE
<p>Osobą z niepełnosprawnością (obowiązkowe dla GR II wsparcie Asystenta Osoby Niepełnosprawnej)</p> <p><u>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</u> ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>7. Kryteria rekrutacji PREMIUJĄCE:</p>	
<p>Oświadczam, że jestem:</p>	<p>PUNKTY: (wypełnia Personel Projektu)</p>





Osobą z niepełnosprawnością Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	__ / 1 pkt.
Osobą z niepełnosprawnością sprzężoną Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	__ / 1 pkt.
Osobą z chorobami psychicznymi Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: zaświadczenie lekarskie lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	__ / 1 pkt.
Osobą z niepełnosprawnością intelektualną Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	__ / 1 pkt.
Osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: zaświadczenie lekarskie lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	__ / 1 pkt.
Osobą samotnie zamieszkującą	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	__ / 1 pkt.





<p>Osobą korzystającą z FEPŻ (Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową na lata 2021-2027), a zakres uzyskanego wsparcia nie będzie powiełał działań, które otrzymałam/em /otrzymuję z FEPŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w FEPŻ</p> <p><u>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</u> zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<p>___ / 1 pkt.</p>
<p>Osobą, której <u>dochód NIE przekracza 150%</u> właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ust. z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społecznej</p> <p>tj: - 1515,00 zł netto – os. samotnie gospodarujące - 1234,50 zł netto – os. gospodarująca w rodzinie</p> <p><u>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</u> odpowiednio wypełniony Załącznik nr 2 wraz z dokumentami potwierdzającymi dochody.</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<p>___ / 3 pkt.</p>
<p>WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU: Kryteria Formalne</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<p>___ / 1 pkt.</p>
<p>ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW:</p>		

8. Dodatkowe

<p>Preferowana płeć opiekuna/asystenta prowadzącego</p>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> brak preferencji
<p>Preferowana forma płatności za usługę opiekuńczą – wkład własny(jeśli dotyczy)</p>	<input type="checkbox"/> gotówka <input type="checkbox"/> przelew



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

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis Kandydata/-ki⁵⁶

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

⁵ W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

⁶ 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



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/-ki⁷⁸

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)**

⁷ W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

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

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





Fundusze Europejskie
dla Podkarpacia

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODKARPACKIE
przestrzeń otwarta



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 (grupa 3)
--------------------------------	--

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



Województwo			
Powiat		Gmina	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Ulica			
Nr budynku		Nr lokalu	

3. Wykształcenie Kandydata/cki:	
Wykształcenie (należy wybrać najwyższe ukończone)	<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia) ISCED
	<input type="checkbox"/> Podstawowe (kształcenie ukończone na poz. szkoły podst.) ISCED 1
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poz. szkoły gimn.) ISCED 2
	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poz. szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ISCED 3
	<input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4
	<input type="checkbox"/> Wyższe (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 (należy wybrać jedną odpowiedź):	
<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> ucząca się <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne (np. emeryci, renciści)	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne



<p><input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne</p>	
<p><input type="checkbox"/> Osoba pracująca:</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]<input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej<input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP<input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie<input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą<input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)<input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)<input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)<input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni<input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym<input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym<input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz<input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym<input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki<input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej



 Inne**5. Szczególna sytuacja Kandydata/-ki**

Osoba należących do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych.

(Mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.)

- NIE
 TAK
 Odmowa podania informacji

Osoba obcego pochodzenia.

(Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów).

- NIE
 TAK

Osoba z krajów trzecich.

(Osoba, która jest obywatelem krajów spoza UE)

- NIE
 TAK

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

- NIE
 TAK

Osoba z niepełnosprawnościami

- NIE
 TAK
 Odmowa podania informacji





6. 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-
Opiekuna nieformalnego*

Załączniki do Formularza rekrutacyjnego:

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

