

**FORMULARZ REKRUTACYJNY
DO DZIENNEGO DOMU POMOCY W GRODZISKU DOLNYM
W ramach projektu „Aktywny Senior – Radość Życia”**

współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027, Priorytet FEPK.07 Kapitał ludzki gotowy do zmian, Działanie 07.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej

| | |
|--|--|
| Data i godzina wpływu/podpis osoby przyjmującej | |
|--|--|

Prosimy o wypełnianie ankiety **PISMEM DRUKOWANYM**.

Wszystkie dokumenty muszą być kompletnie wypełnione oraz czytelnie podpisane w sposób trwały (np. niezmazany niebieski długopis)

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY WRAZ Z KOMPLETEM DOKUMENTÓW NALEŻY ZŁOŻYĆ W GMINNYM OŚRODKU POMOCY SPOŁECZNEJ W GRODZISKU DOLNYM OSOBIŚCIE LUB DROGĄ POCZTOWĄ LUB PRZEKAZAĆ PRACOWNIKOWI SOCJALNEMU

W przypadku osób z niepełnosprawnościami prosimy o uzupełnienie ankiety potrzeb

UWAGA

Jeżeli nie wiesz jak uzupełnić formularz, nie rozumiesz punktów w nim zawartych, albo potrzebujesz pomocy w przygotowaniu dokumentów koniecznych do rekrutacji do Dziennego Domu Pomocy, masz prawo zwrócić się o pomoc do pracowników socjalnych GOPS w Grodzisku Dolnym lub do Biura projektu (biuro znajduje się w budynku Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Grodzisku Dolnym, I piętro, pok. Nr 25. Biuro jest czynne w każdy dzień roboczy w godzinach od 7:30 do 15:30.)

DZIENNY DOM POMOCY W GRODZISKU DOLNYM

Projekt „Aktywny Senior – Radość Życia”

| DANE PODSTAWOWE | |
|------------------------|---|
| Nazwisko | |
| Imiona | |
| Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| Obywatelstwo | |
| PESEL | |

| DANE TELEADRESOWE: | |
|---------------------------|--|
| Kraj | |
| Województwo | |
| Powiat | |
| Gmina | |
| Miejscowość | |
| Ulica i numer domu | |
| Kod pocztowy | |
| Telefon kontaktowy | |
| Adres e-mail | |

| INFORMACJA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | |
|--|--|
| <p>W przypadku osób z niepełnosprawnościami prosimy o uzupełnienie ankiety potrzeb</p> | |
| Proszę zaznaczyć właściwy dla Pani /Pana kwadrat | <input type="checkbox"/> Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata/tki na
Uczestnika/czkę projektu

OŚWIADCZENIE
O OPUSZCZNIU OPIEKI INSTYTUCJONALNEJ
Projekt „Aktywny Senior – Radość Życia”

Upierzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że:

- Korzystam z opieki instytucjonalnej i zamierzam ją opuścić na rzecz usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej tj. Dziennym Domu Pomocy w Grodzisku Dolnym
- Nie korzystam z opieki instytucjonalnej

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata/teki na
Uczestnika/czkę projektu

DZIENNY DOM POMOCY W GRODZISKU DOLNYM

OŚWIADCZENIE OSOBY SKŁADAJĄCEJ FORMULARZ

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Deklaruję chęć udziału w Dziennym Domu Pomocy w Grodzisku Dolnym (skrót: DDP) w ramach projektu „Aktywny Senior – Radość Życia”
2. Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określić moje predyspozycje do udziału w projekcie „Aktywny Senior – Radość Życia”.
3. Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w DDP zawartymi w Regulaminie projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony do uczestnictwa w nim. Jednocześnie akceptuję warunki Regulaminu.
4. Zostałem poinformowany/a, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz ze środków budżetu państwa.
5. Nie biorę udziału w innych Projektach finansowanych ze środków Unii Europejskiej o takich samych formach wsparcia.
6. Mam świadomość, że wsparcie w ramach projektu może odbywać się w miejscowości innej od mojego miejsca zamieszkania.
7. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym oraz załącznikach, w tym tzw. danych wrażliwych przez Realizatora Projektu (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r.) do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, działań w ramach projektu, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Realizatora projektu z obowiązków sprawozdawczych wobec Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Rzeszowie. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości, pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel.
8. Jestem świadomy/a, iż złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
9. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.
10. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w ramach realizacji Projektu.
11. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie trwania Projektu.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata/cki na
Uczestnika/czkę projektu

DZIENNY DOM POMOCY W GRODZISKU DOLNYM
Projekt „Aktywny Senior – Radość Życia”

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW DOSTĘPU

Uprowadzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że:

kwalfikuję się do grupy Uczestników projektu „Aktywny Senior – Radość Życia” realizowanego w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027, w ramach Priorytetu nr FEPK.07 „Kapitał ludzki gotowy do zmian”, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus:

(proszę zaznaczyć „x” w każdym spełnianym kryterium)

- Jestem mieszkańcem Gminy Grodzisko Dolne.
- Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj. osobą, 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.
- Mam powyżej 60 lat.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata/tki na
Uczestnika/czkę projektu

Potwierdzenie wieku na podstawie dowodu osobistego do wglądu

(WYPEŁNIA UPOWAŻNIONY PRACOWNIK GOPS):

Data urodzenia widniejąca w dowodzie osobistym:

.....
Data i podpis pracownika GOPS

DZIENNY DOM POMOCY W GRODZISKU DOLNYM Projekt „Aktywny Senior – Radość Życia”

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW PREFERENCYJNYCH

Upředzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że:

(proszę zaznaczyć „x” w każdym spełnianym kryterium)

- Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
(należy dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stopień niepełnosprawności).
- Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną
(należy dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)
- Jestem osobą z chorobami psychicznymi
(należy dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub zaświadczenie od lekarza).
- Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną
(należy dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub zaświadczenie od lekarza).
- Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi
(należy dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub zaświadczenie od lekarza).
- Jestem osobą, która korzysta z programu FE PŻ (Program Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027).
- Jestem osobą, która zamieszkuje samotnie.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata/ki na
Uczestnika/czkę projektu

DZIENNY DOM POMOCY W GRODZISKU DOLNYM Projekt „Aktywny Senior – Radość Życia”

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH, W TYM SZCZEGÓLNYCH KATEGORII DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z 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), zwanego dalej RODO **wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych** zawartych w złożonym przeze mnie Formularzu rekrutacyjnym oraz załącznikach do Formularza rekrutacyjnego w ramach projektu „Aktywny Senior – Radość Życia” nr FEPK.07.18-IP.01-0079/23 realizowanego przez Gminę Grodzisko Dolne / Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Grodzisku Dolnym, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027, Priorytet FEPK.07 Kapitał ludzki gotowy do zmian, Działanie 07.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej, przez administratora danych osobowych Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Grodzisku Dolnym, 37-306 Grodzisko Dolne 124a, na potrzeby realizacji procesu rekrutacji do projektu, a w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w projekcie i zawarcia Umowy uczestnictwa w projekcie na potrzeby związane z realizacją projektu, w tym: udzielania wsparcia przewidzianego w projekcie, ewaluacji, monitoringu, sprawozdawczości, przechowywania dokumentacji związanej z realizacją projektu, oraz udostępniania jej podmiotom kontrolującym.

Jednocześnie **wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych** tj. danych dotyczących zdrowia związanych z informacjami umieszczonymi w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności.¹

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata/teki na
Uczestnika/czkę projektu

¹ Dotyczy wyłącznie osób ze stopniem niepełnosprawności, w pozostałych przypadkach zdanie należy przekreślić.

DZIENNY DOM POMOCY W GRODZISKU DOLNYM
Projekt „Aktywny Senior – Radość Życia”

ANKIETA POTRZEB DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

1. Czy jest Pan/Pani osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim/wózku inwalidzkim elektrycznym?

Tak Nie

2. Czy ma Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie (np. paraliż kończyn górnych, głuchość)?

Tak Nie

(Poniżej proszę wpisać jakie):

- Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych:

.....
.....

- Alternatywne formy materiałów (np. z użyciem alfabetu Braille`a itp.):

.....
.....

- Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:

.....
.....

- Zapewnienie tłumacza języka migowego:

.....
.....

- Specjalne wyżywienie (wymagana dieta):

.....
.....

- Inne:

.....
.....

3. Jakie trudności ma Pan/ Pani ze względu na swoją niepełnosprawność? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź) :

- samodzielne poruszanie się,
 czytanie i rozumieniem tekstu,
 komunikowaniem się z otoczeniem,
 trudności emocjonalne,
 inne.....
 nie mam.

4. Z jakiego sprzętu rehabilitacyjnego korzysta Pan/Pani na co dzień? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):

- z balkonika,
- z kul,
- z wózka inwalidzkiego,
- z aparatu słuchowego,
- z białej laski,
- pies przewodnik,
- z innych (jakich?).....
- nie korzystam.

5. Czy będzie Panu/Pani potrzebna osoba (asystent), która pomoże podczas udziału we wsparciu oferowanym w projekcie? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):

- podczas przemieszczania się (np. do miejsca szkolenia i z powrotem),
- w komunikowaniu się z otoczeniem,
- w tłumaczeniu na język migowy,
- w nauce,
- w zastępczej opiece nad osobą z niepełnosprawnością (w tym dzieckiem/dziećmi),
- inne.....
- nie potrzebuje.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata/tki na
Uczestnika/czkę projektu

DZIENNY DOM POMOCY W GRODZISKU DOLNYM

Projekt „Aktywny Senior – Radość Życia”

ZAŚWIADCZENIE OD LEKARZA RODZINNEGO LUB PROWADZĄCEGO

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
numer identyfikacyjny REGON)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego i oceny stanu zdrowia stwierdzam, że

Pan/ Pani

PESEL

Zamieszkały/a

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Stwierdzam, że:

- wymagana jest pomoc innych osób
- nie ma przeciwwskazań do udziału w Dziennym Domu Pomocy.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza rodzinnego
lub lekarza specjalisty)