**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje wypełniane przez osobę przyjmującą formularz: | |
| Data i podpis osoby przyjmującej formularz |  |

Przed złożeniem wypełnionego formularza należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pomocna Dłoń dla powiatu lwóweckiego – usługi opiekuńcze dla osób wymagających wsparcia”

*UWAGA:*

1. Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny, przejrzysty i podpisany przez uczestnika. projektu. Każdy punkt formularza musi być wypełniony. Oryginał formularza nie podlega zwrotowi.
2. Osoby zainteresowane udziałem w projekcie zobowiązane są do złożenia prawidłowo wypełnionych Dokumentów Rekrutacyjnych wraz z wymaganymi załącznikami.

Dokumenty Rekrutacyjne należy złożyć w Biurze Projektu (**Starostwo Powiatowe w Lwówku Śląskim, ul. Szpitalna 4, 59-600 Lwówek Śląski, pok. 216**) w terminie rekrutacji, w dniach od poniedziałku do piątku, w godzinach od 730 – 1530 lub przesłać pocztą/kurierem na adres beneficjenta: **Starostwo Powiatowe w Lwówku Śląskim, ul. Szpitalna 4, 59-600 Lwówek Śląski.**

1. Dla Dokumentacji Rekrutacyjnej przesłanej pocztą/kurierem za datę dostarczenia uznaje się datę wpływu do Biura Projektu.
2. Wypełnienie i złożenie Dokumentów Rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z przyjęciem do uczestnictwa w projekcie.

**CZĘŚĆ I – DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA) – OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nazwisko i imię |  | | | | | | | | | | | |
| 2. Data i miejsce urodzenia | (dd/mm/rrrr) | | | | | | (miejsce urodzenia) | | | | | |
| 3. Pesel |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Płeć | kobieta mężczyzna | | | | | | | | | | | |
| 5. Miejsce **świadczenia** usługi stacjonarnej |  | | | | | | | | | | | |
| Ulica/Miejscowość, nr domu/nr lokalu |  | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy i Miejscowość |  | | | | | | | | | | | |
| Gmina/ Powiat / Województwo |  | | | |  | | | | |  | | |
| 6. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania) |  | | | | | | | | | | | |
| 7. Telefon stacjonarny / kontaktowy |  | | | | | | | | | | | |
| 8. Adres e-mail |  | | | | | | | | | | | |
| 9.Wykształcenie | * Brak * Podstawowe * Gimnazjalne * Ponadgimnazjalne *(ukończona szkoła średnia lub zasadnicza)* * Policealne * Wyższe | | | | | | | | | | | |
| 10. Osoba pracująca | * Tak * Nie | | | | | | | | | | | |
| - w tym: | * Osoba pracująca w administracji rządowej * Osoba pracująca w administracji samorządowej * Osoba pracująca w organizacji pozarządowej * Osoba prowadząca działalność na własny rachunek * Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie * Inne | | | | | | | | | | | |
| 11. Wykonywany zawód |  | | | | | | | | | | | |
| 12. Miejsce zatrudnienia |  | | | | | | | | | | | |
| 13. Osoba bierna zawodowo | * Tak * Nie   w tym:  1) osoba ucząca się:   * Tak * Nie   2) osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu   * Tak * Nie | | | | | | | | | | | |
| 14. Osoba bezrobotna niezarejestrowana  w ewidencji urzędów pracy | * Tak * Nie   w tym osoba długotrwale bezrobotna:   * Tak * Nie | | | | | | | | | | | |
| 15. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | * Tak * Nie   w tym osoba długotrwale bezrobotna:   * Tak * Nie | | | | | | | | | | | |
| 16. Dane dodatkowe | Osoba obcego pochodzenia   * Tak * Nie | | | | | | | | | | | |
| Osoba państw trzeciego świata   * Tak * Nie | | | | | | | | | | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej,   * Tak * Nie * Odmowa podania odpowiedzi | | | | | | | | | | | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań   * Tak * Nie | | | | | | | | | | | |
| Niepełnosprawność   * Tak * Nie | | | | | | | | | | | |
| 17.Niepełnosprawność (orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważne) | * Tak * Nie | | | | | | | | | | | |
| - niepełnosprawność sprzężona: | * Tak * Nie | | | | | | | | | | | |
| - osoba z chorobami psychicznymi | * Tak * Nie | | | | | | | | | | | |
| - osoba z niepełnosprawnością intelektualną | * Tak * Nie | | | | | | | | | | | |
| - z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi | * Tak * Nie | | | | | | | | | | | |
| 18. Informacje o Kandydacie/Kandydatce | Obecnie korzystam z innych projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej   * Tak (jakich?)…………………………………………… * Nie | | | | | | | | | | | |

**CZĘŚĆ III . Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opiekuńczych:**

w miejscu zamieszkania: proszę podać miejsce wraz z adresem

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………...

dom dziennego pobytu – 59- 620 Gryfów Śląski, Ubocze 161

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Część III. Zapotrzebowanie na specjalistyczne usługi opiekuńcze:**

rehabilitacja

usługa psychologa

usługa dietetyka

**Część IV. Zapotrzebowanie na:**

świadczenie wsparcia towarzyszącego w postaci teleopieki, która świadczona będzie w oparciu o system, opaskę, telecentrum. System pozwala na monitoring i zapis temperatury, saturacji, ciśnienia, pulsu za pomocą opaski. Pozwala także na rejestr zdarzeń: upadek, uszkodzenie opaski, zmiana lokalizacji, niestandardowy pomiar wskaźnika, co skutkować będzie generowaniem przez system alertów, które zostaną wysłane do telecentrum, kadry projektu, otoczenia uczestnika. Opaska umożliwiać będzie samodzielne wysłanie zgłoszenia do służb ratunkowych przez OWO, poprzez wciśnięcie przycisku SOS (znajdującego się na opasce). Uczestnicy przez 24/7 będą monitorowani przez telecentrum, które będzie także świadczyć np. wsparcie psychologiczne.

**CZĘŚĆ IV Preferowane dni i godziny świadczenia usług opiekuńczych:**

w godzinach ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….…..

w dniach …………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**POTWIERDZENIE PRAWDZIWOŚCI DANYCH**

Świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że zawarte w Deklaracji informacje i złożone w niej oświadczenia są zgodne z prawdą.

……………………………… ..................................................

miejscowość i data podpis Kandydata/ki na Uczestnika/czkę projektu

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany/a .....................................................................................................

(*imię i nazwisko*)

zamieszkały/a…………………………………………………………………………………………………………….…..

PESEL: ……………………………………………………………. oświadczam, że

1. **Wyrażam zgodę na udział** w Projekcie „Pomocna Dłoń dla powiatu lwóweckiego – usługi opiekuńcze dla osób wymagających wsparcia” został dofinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus i realizowany jest w ramach programu: Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027.
2. **Zostałem poinformowany/a** o przyjętych kryteriach kwalifikacji do udziału w projekcie pn. „Pomocna Dłoń dla powiatu lwóweckiego – usługi opiekuńcze dla osób wymagających wsparcia” opisanych w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa.
3. **Oświadczam, że zostałem poinformowany/a**, że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus i realizowany jest w ramach programu: Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027.
4. **Wyrażam zgodę** na przekazywanie mi informacji związanych z ww. projektem drogą telefoniczną i/lub listową.
5. **Zobowiązuję się** do informowania o wszelkich zaistniałych zmianach, w szczególności mających wpływ na treść wydanych oświadczeń i zmianach kontaktowych.
6. **Zapoznałem/am się z** *Regulaminem Rekrutacji i Udziału w* „Pomocna Dłoń dla powiatu lwóweckiego – usługi opiekuńcze dla osób wymagających wsparcia” *w zakresie wzrostu jakości usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych na terenie powiatu lwóweckiego* i **akceptuję** Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie.
7. Jestem świadomy/świadoma, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest jednoznaczne z przyjęciem mnie do Projektu.
8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych związanych z realizacją Projektu,   
   w tym również po zakończeniu projektu.
9. W przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie „Pomocna Dłoń dla powiatu lwóweckiego – usługi opiekuńcze dla osób wymagających wsparcia”zobowiązuję się do dostarczenia wszelkich dokumentów potwierdzających dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym.
10. **Przyjmuję do wiadomości**, że:

* dane zawarte w niniejszym Formularzu mogą być weryfikowane przez Beneficjenta,
* złożenie nieprawdziwego oświadczenia może być potraktowane jako próba wyłudzenia środków rzeczowych i może podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.

**Niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.**

………………………………………… …………………………………………

*Miejscowość, data Podpis Kandydata/Kandydatki*

1. **Wyrażam zgodę na publikację i rozpowszechnianie mojego** wizerunku w mediach i materiałach promocyjnych dotyczących projektu „Pomocna Dłoń dla powiatu lwóweckiego – usługi opiekuńcze dla osób wymagających wsparcia”.

………………………………………… …………………………………………

*Miejscowość, data Podpis Kandydata/Kandydatki*

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

**KANDYDATÓW/EK NA UCZESTNIKÓW/CZKI PROJEKTU**

**pt. „Pomocna Dłoń dla powiatu lwóweckiego – usługi opiekuńcze dla osób wymagających wsparcia”**

Ja niżej popisana/podpisany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz w związku z art. 9 ust.   
2 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)* Dz. Urz. UE L 119/1, z 4 maja 2016, zwanego dalej „RODO” wyrażamzgodę na przetwarzanie następujących kategorii danych osobowych moich (imię, nazwisko, telefon, mail, adres, stopień i rodzaj niepełnosprawności, informacje o stanie zdrowia), w zakresie niezbędnych do wzięcia udziału w projekcie „Pomocna Dłoń dla powiatu lwóweckiego – usługi opiekuńcze dla osób wymagających wsparcia”.

Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

Podane przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu rekrutacji i udziału w projekcie „Pomocna Dłoń dla powiatu lwóweckiego – usługi opiekuńcze dla osób wymagających wsparcia”.

Jest mi wiadomym, że posiadam prawo do:

1. żądania od wskazanego w niniejszym oświadczeniu administratora danych osobowych:
2. dostępu do moich danych osobowych;
3. sprostowania moich danych osobowych;
4. usunięcia moich danych osobowych, jeżeli zachodzi jedna z okoliczności wskazanych w art. 17 ust. 1 RODO i jeżeli przetwarzanie moich danych osobowych nie jest niezbędne w zakresie wskazanym w art. 17 ust. 3 RODO;
5. ograniczenia przetwarzania moich danych osobowych w przypadkach wskazanych w art. 18 ust. 1 RODO,
6. wniesienia do wskazanego w niniejszym oświadczeniu administratora danych osobowych sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych,
7. przenoszenia moich danych osobowych,
8. wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku uznania, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO,
9. wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.

Ponadto oświadczam, że:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług opiekuńczych oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez powiat lwówecki, który realizuje projekt „Pomocna Dłoń dla powiatu lwóweckiego – usługi opiekuńcze dla osób wymagających wsparcia”, świadczonych usług opieki. Czynności o których mowa wyżej dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. W godzinach realizacji usług opiekuńczych realizowanych w ramach projektu projekt „Pomocna Dłoń dla powiatu lwóweckiego – usługi opiekuńcze dla osób wymagających wsparcia”, nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901, z późn. zm.), inne usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie do usług opieki wytchnieniowej finansowane ze środków publicznych.

......…………………………….…... ......…………………………….….............

Miejscowość, data Podpis Kandydata/ki na Uczestnika/czkę Projekt