



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pomoc na wyciągnięcie ręki!”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Pomoc na wyciągnięcie ręki!” nr FESW.09.04-IZ.00-0043/24

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)

w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027,

Priorytet 9. Usługi społeczne i zdrowotne, Działanie 09.04. Zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych

Wypełnia osoba przyjmująca Formularz zgłoszeniowy	
Data wpływu Formularza zgłoszeniowego	Podpis osoby przyjmującej Formularz zgłoszeniowy

DOTYCZY OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

DANE UCZESTNIKA	
Rodzaj uczestnika:	☐ Indywidualny
Obywatelstwo:	☐ Obywatelstwo polskie ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE ☐ Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec
Imię:	
Nazwisko:	
Brak PESEL:	☐ TAK ☐ NIE
PESEL/ inny identyfikator (jeżeli brak PESEL):	
Płeć:	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
Wykształcenie (należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia):	☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0 – 2) ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ Wyższe (ISCED 5 – 8)
DANE TELEADRESOWE	
Kraj:	
Województwo:	



Powiat:		
Gmina:		
Miejscowość:		
Kod pocztowy:	____-____	
Obszar:	☐ Obszar wiejski ☐ Obszar miejski	
Telefon kontaktowy:		
Adres poczty elektronicznej (e-mail):		
STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
Osoba obcego pochodzenia:	☐ TAK ☐ NIE	
Osoba państwa trzeciego:	☐ TAK ☐ NIE	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane):	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	☐ TAK ☐ NIE	
Osoba z niepełnosprawnościami:	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji	
STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
Osoba bezrobotna:	☐ TAK ☐ NIE	
w tym:	☐ osoba długotrwale bezrobotna ☐ inne	
Osoba bierna zawodowo:	☐ TAK ☐ NIE	
w tym: ☐ osoba nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu:	☐ osoba uczącą się/ odbywającą kształcenie	☐ inne
Jeżeli osoba ucząca się/ odbywająca kształcenie należy podać nazwę i adres szkoły/ placówki kształcenia		
Osoba pracująca:	☐ TAK ☐ NIE	
Jeśli osoba pracująca należy podać nazwę firmy/instytucji i adres miejsca pracy		
POZOSTAŁE DANE		
I. PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ (KRYTERIA DOSTĘPU)		
Osoba ucząca się lub pracująca lub zamieszkująca miasto Kielce, gminę Piekoszów, gminę Strawczyn z powiatu kieleckiego i miasta Kielce w województwie świętokrzyskim w rozumieniu Kodeksu Cywilnego.		☐ TAK ☐ NIE



Weryfikacja na podstawie oświadczenia zawartego w Formularzu zgłoszeniowym.			
Osoba wpisująca się w grupę osób, które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.		☐ TAK ☐ NIE	
Weryfikacja na podstawie: zaświadczenia lekarskiego, orzeczenia o niepełnosprawności/ o stopniu niepełnosprawności, wywiadu środowiskowego, zaświadczenia z ośrodka pomocy społecznej/ innego dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności, oceny funkcjonowania codziennego według skali Lawtona, Katza, Barthel.			
Dotyczy osoby zgłaszającej chęć udziału w usługach związanych z hospicjum domowym.			
Osoba, której zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29.10.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej choroba jaką ją dotyka wpisuje się w jedną (lub więcej) jednostkę chorobową: od C00 do D48 – Nowotwory; G09 – Następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego; od B20 do B24 – Choroby wywołane przez wirus ludzki upośledzenia odporności (HIV); od G10 do G13 – Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy; od I42 do I43 – Kardiomiopatie; J96 – Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej; L89 – Owrzodzenie odleży nowe; G35 – Stwardnienie rozsiane		☐ TAK ☐ NIE	
Weryfikacja na podstawie dokumentów jak wyżej potwierdzających ten fakt.			
II. KRYTERIA PUNKTOWE OGÓLNE (DLA WSZYSTKICH OSÓB POTRZEBUJĄCYCH WSPARCIA)			
Osoba z gminy Piekoszów, gminy Strawczyn, tj. z obszaru gdzie usługi opiekuńcze i zdrowotne nie są świadczone bądź dostęp do nich jest utrudniony (białe plamy) i jednocześnie gdzie występuje wykluczenie komunikacyjne (białe plamy) + 150 p – Pierwszeństwo w projekcie.		☐ TAK ☐ NIE	
Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności + 15 p		☐ TAK ☐ NIE	
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną + 15 p		☐ TAK ☐ NIE	
Osoba z chorobami psychicznymi + 15 p		☐ TAK ☐ NIE	
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną + 15 p		☐ TAK ☐ NIE	
Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnie z MSKCiPZ ICD10) + 15 p		☐ TAK ☐ NIE	
Osoba korzystająca z programu FE PŻ + 15 p		☐ TAK ☐ NIE	
Osoba zamieszkująca samotnie + 15 p		☐ TAK ☐ NIE	
INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEGÓLNYCH POTRZEB UCZESTNIKA W ZWIĄZKU Z PRZYSTĄPIENIEM DO PROJEKTU			
Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/ Pani potrzebuje:	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/ Systemu Językowo- Migowego	☐ TAK ☐ NIE	
	2. Pętla indukcyjna	☐ TAK ☐ NIE	
	3. Powiększony tekst	☐ TAK ☐ NIE	



	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniemej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	☐ TAK ☐ NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie żywienia	☐ TAK ☐ NIE
	6. Inne	☐ TAK ☐ NIE
Jeśli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:		
Jeśli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:		
OŚWIADCZENIE		
W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Pomoc na wyciągnięcie ręki!” oświadczam, że: - złożenie formularza jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO); - zostałem/am poinformowany/a, iż projekt „Pomoc na wyciągnięcie ręki!” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus; - zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pomoc na wyciągnięcie ręki!”; - zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa w zajęciach projektowych; - jestem świadomy/a, że wypełnienie formularza rekrutacyjnego oraz wyrażenie zgody na udział w projekcie nie gwarantują udziału w wybranych zajęciach oraz, że decyzję o zakwalifikowaniu do projektu podejmie Komisja rekrutacyjna biorąc pod uwagę kryteria rekrutacji; - zostałem/am poinformowany/a, że moje dane będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Pomoc na wyciągnięcie ręki!” przez Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej programem Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 oraz Beneficjenta projektu NEUROCLINIC – CENTRUM TERAPII I ROZWOJU AGNIESZKA SCENDO. Podanie danych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu. - wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu do celów związanych z realizacją projektu „Pomoc na wyciągnięcie ręki!” Przetwarzanie w/w danych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027; - na podstawie art. 81 ust.1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dn. 4 lutego 1994 r. (Dz.U. 2006 r. Nr 90 poz.631 z późn zm.) wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie mojego wizerunku, w formie fotografii analogowej i cyfrowej oraz filmu analogowego bądź cyfrowego, zarejestrowanych na potrzeby dokumentacji działań bądź w celu promocji projektu „Pomoc na wyciągnięcie ręki!” przez NEUROCLINIC – CENTRUM TERAPII I ROZWOJU AGNIESZKA SCENDO. Ponadto, wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie przez w/w podmiot mojego wizerunku za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu promocji projektu „Pomoc na wyciągnięcie ręki!”. Przeniesienie niniejszego zezwolenia na Instytucję Zarządzającą nie wymaga mojej uprzedniej zgody na taką czynność.		
..... Miejscowość, data		 Czytelny podpis



Wybrany sposób poinformowania osoby potrzebującej wsparcia o wynikach rekrutacji:

- ☐ telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym w niniejszym formularzu w części I dotyczącej danych rodzica
- ☐ mailowo na adres e-mail wykazany w niniejszym formularzu w części I dotyczącej danych rodzica
- ☐ osobiście (np. w momencie wizyty w Biurze projektu)