



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Tomaszowskie Centrum Usług Społecznych” nr RPLD.09.02.01-10-C002/17
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

FORMULARZ REKRUTACYJNY

- Osoby zainteresowane udziałem w projekcie zobowiązane są do złożenia Formularza rekrutacyjnego wraz z wymaganymi załącznikami.
- Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny, drukowanymi literami. Każdy punkt formularza musi być wypełniony. Oryginał Formularza rekrutacyjnego nie podlega zwrotowi.
- Dokumenty rekrutacyjne należy złożyć osobiście lub pocztą tradycyjną w Biurze projektu mieszczącym się w siedzibie Realizatora projektu - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Tomaszowie Mazowieckim, ul. Cekonowska 5, 97-200 Tomaszów Mazowiecki tel. 690 428 134 lub 44 723 34 89 lub osobiście u Partnerów projektu, tj.:
 - Powiat Tomaszowski/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Św. Antoniego 41, 97-200 Tomaszów Mazowiecki,
 - Gmina Tomaszów Mazowiecki/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Tomaszowie Mazowieckim, ul. Prez. I. Mościckiego 4, 97-200 Tomaszów Mazowiecki,
 - Fundacja NU-MED, ul. Jana Pawła II 35, 97-200 Tomaszów Mazowiecki,
 - Krajowe Stowarzyszenie Seniorów „Pasja”, ul. Tomasza Ostrowskiego 14, 97-200 Tomaszów Mazowiecki,
 - Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów Oddział Rejonowy w Tomaszowie Mazowieckim, ul. Św. Antoniego 21, 97-200 Tomaszów Mazowiecki.
- Kandydat do projektu składając Formularz rekrutacyjny jednocześnie wyraża zgodę na przeprowadzenie indywidualnej oceny sytuacji materialnej i życiowej przez upoważnione i wykwalifikowane w niniejszym zakresie osoby.
- Realizator projektu zastrzega, iż wypełnienie i złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne z przyjęciem do uczestnictwa w projekcie.
- Wszelkie informacje dotyczące projektu „Tomaszowskie Centrum Usług Społecznych” można uzyskać pod numerem telefonu 690 428 134 lub 44 723 34 89, w Biurze projektu, u Partnerów projektu oraz na stronie internetowej pod adresem: www.mopstomaszow.naszops.pl w zakładce „Projekt Tomaszowskie Centrum Usług Społecznych”.

INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU

DANE OSOBOWE										
Imię										
Nazwisko										
Data i miejsce urodzenia										
Płeć*	<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna				
PESEL										
Dane kontaktowe										



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Tomaszowskie Centrum Usług Społecznych” nr RPLD.09.02.01-10-C002/17
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość			
Gmina			
Kod pocztowy		Powiat	
Województwo			
Obszar zamieszkania*	<input type="checkbox"/> miejski	<input type="checkbox"/> wiejski	
ADRES KORESPONDENCYJNY (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość			
Gmina			
Kod pocztowy		Powiat	
Województwo			
Obszar zamieszkania*	<input type="checkbox"/> miejski	<input type="checkbox"/> wiejski	

OCZEKIWANE WSPARCIE*
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Dom Dziennego Pobytu<input type="checkbox"/> usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania<input type="checkbox"/> specjalistyczne usługi opiekuńcze<input type="checkbox"/> usługi asystenckie<input type="checkbox"/> wsparcie dla opiekunów faktycznych i rodzin osób niesamodzielnych<input type="checkbox"/> wsparcie społeczne, w tym warsztaty z: pierwszej pomocy przedmedycznej, pielęgniarką, dietetykiem, rehabilitantem, psychoonkologiem, spotkania z zakresu porad profilaktyki chorób nowotworowych<input type="checkbox"/> sprzęt rehabilitacyjny<input type="checkbox"/> porady prawne i/lub psychologiczne dla osób niesamodzielnych jak i osób z ich otoczenia<input type="checkbox"/> zakup systemu przywoławczego - „przycisk sos”



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Tomaszowskie Centrum Usług Społecznych” nr RPLD.09.02.01-10-C002/17
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

- tzw. Karty życia
- sprzęt pierwszej potrzeby, w tym: balkoników, dynamicznych poduszek do siedzenia, krzeseł prysznicowych i toaletowych, kul inwalidzkich itp.
- warsztaty w Klubie Seniora, w tym:
 - realizowane na terenie miasta: teatralne, muzyczne, florystyczne, kulinarne, z zakresu bezpieczeństwa, rękodzieła oraz zajęcia ruchowe, wyjazdy kulturalne, spotkania z zakresu edukacji zdrowotnej*
 - realizowane na terenie gminy: rękodzieła, florystyczne, muzyczne, ruchowe*

KRYTERIA FORMALNE I MERYTORYCZNE

Oświadczam, że spełniam następujące kryteria:

1. FORMALNE

Jestem osobą*:

- zamieszkującą na terenie powiatu tomaszowskiego w województwie łódzkim
- niesamodzielną, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego
- w wieku powyżej 50 roku życia

2. MERYTORYCZNE

Jestem osobą*:

- samotną - mieszkającą samotnie,
- niesamodzielną przystępującą do projektu wraz z osobą z otoczenia¹
- zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego², o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnością sprzężoną³, z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną i całościowymi zaburzeniami rozwojowymi, korzystających ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa
- z niepełnosprawnością i/lub niesamodzielną, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego⁴ (na osobę samotnie gospodarującą lub osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem projektu i nie zgłaszam do niego zastrzeżeń, jednocześnie zobowiązuję się przestrzegać jego postanowień.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria merytoryczne kwalifikujące mnie do udziału w projekcie „Tomaszowskie Centrum Usług Społecznych” zgodnie z Regulaminem projektu, w tym że jestem



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Tomaszowskie Centrum Usług Społecznych” nr RPLD.09.02.01-10-C002/17
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

niesamodzielną, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym przez Realizatora projektu oraz Partnerów projektu wyłącznie w celu realizacji procesu rekrutacji i zakwalifikowania mnie do Projektu, monitoringu i ewaluacji. Jestem świadomy, iż podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości wzięcia udziału w procesie rekrutacji do projektu.

ZAŁĄCZNIKI*

- dokumenty potwierdzające niesamodzielną np.: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument równoważny, zaświadczenie lekarskie, oświadczenie o niesamodzielną, dokumenty potwierdzające bycie osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w przypadku dzieci i młodzieży objętych usługami w ramach placówek wsparcia dziennego, itp.
- zaświadczenie/orzeczenie/oświadczenie o niepełnosprawności (jeżeli dotyczy)

Pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że podane przeze mnie w Formularzu rekrutacyjnym dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Miejscowość i data	Czytelny podpis kandydata lub opiekuna prawnego

* zaznaczyć odpowiednie

¹ **Otoczenie osób niesamodzielną** to osoby spokrewnione lub niespokrewnione z osobami niesamodzielną wspólnie zamieszkujące i gospodarujące, a także inne osoby z najbliższego środowiska, których udział w projekcie jest niezbędny dla skutecznego wsparcia tych osób.

Opiekun faktyczny to osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny.

² **Wielokrotne wykluczenie społeczne** rozumiane jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z poniższych przesłanek:

- a) osoby korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- c) osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- d) osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich;
- e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty;



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Tomaszowskie Centrum Usług Społecznych” nr RPLD.09.02.01-10-C002/17
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

- f) osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;
- g) rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;
- h) osoby, dla których ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
- i) osoby niesamodzielne;
- j) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- k) osoby korzystające z PO PŻ.

³ **Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną** to osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności.

⁴ Wysokość aktualnie obowiązującego **kryterium dochodowego**, określonego w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej wskazano w Regulaminie projektu.

WYPEŁNIA REALIZATOR / PARTNER PROJEKTU

Podpis osoby przyjmującej formularz	
-------------------------------------	--

OCENA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO		
Kandydat/-ka spełnia kryteria formalne*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Kandydat/-ka spełnia kryteria merytoryczne* i uzyskał/-a liczbę punktów	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Liczba punktów:
Podpisy osób z Kadry projektu oceniających Formularz rekrutacyjny		

* zaznaczyć odpowiednie