

**Załącznik nr 1**do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn.:
„Centrum Usług Społecznych w Skarżysku - Kamiennej”**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

do projektu pn.: „Centrum Usług Społecznych w Skarżysku - Kamiennej”

współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,
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.**FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI I NIEBIESKIM DŁUGOPISEM
ODPOWIEDNIE POLA „□” ZAZNACZYĆ ZNAKIEM „X”**W imieniu osoby małoletniej, starszej lub osoby z niepełnosprawnością, która ze względu na swój stan
zdrowia lub niepełnosprawność nie jest w stanie samodzielnie się podpisać, formularz jest uzupełniany i
podpisywany przez opiekuna lub pełnomocnika.**UWAGA:**

1. Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa” w projekcie dostępnym na stronie internetowej www.cus.skarkam.pl, lub w biurze projektu.
2. Formularz należy wypełnić elektronicznie lub odręcznie – nie należy łączyć sposobów wypełniania formularza.
3. Nie należy usuwać jakichkolwiek treści niniejszego dokumentu.
4. W przypadku dokonania pomyłki i skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.

I. DANE PODSTAWOWE KANDYDATA/KI

Imię i nazwisko:											
Data urodzenia:					Wiek w chwili przystąpienia do projektu:						
PESEL:											
Brak PESEL – inny identyfikator:											
Płeć:	☐ kobieta		☐ mężczyzna		Obywatelstwo:						

II. DANE TELEADRESOWE KANDYDATA/KI

Miejscowość:												
Ulica:					Nr domu:				Nr lokalu:			
Kod pocztowy:			-			Pocшта:						
Gmina:					Powiat:							
Województwo:					Narodowość:							
Obszar zamieszkania:	☐ obszar wiejski		☐ obszar miejski		Kraj:							
E-mail:					Telefon:							

III. WYKSZTAŁCENIE KANDYDATA/KI

(zaznacz 1 z poniższych)

ISCED 0 – 2 Średnie I stopnia (brak, podstawowe, gimnazjalne)	☐
ISCED 3 – 4 Średnie II stopnia (ponadgimnazjalne, policealne)	☐
ISCED 5 – 8 Wyższe (kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów licencjackich, magisterskich, doktoranckich)	☐

IV. STATUS KANDYDATA/KI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU¹

Jestem osobą obcego pochodzenia / nie posiadam polskiego obywatelstwa. Osoba obcego pochodzenia to cudzoziemiec, osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.	☐ TAK	☐ NIE
☐ Odmowa podania danych		
Jestem osobą z państw trzecich / obywatelem kraju spoza Unii Europejskiej. Osoba, która nie jest obywatelem państwa członkowskiego UE, w tym bezpaństwowiec w rozumieniu Konwencji o statusie bezpaństwowców z dnia 28 sierpnia 1954 r. i osoba bez ustalonego obywatelstwa.)	☐ TAK	☐ NIE
☐ Odmowa podania danych		
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne to: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.	☐ TAK	☐ NIE
☐ Odmowa podania danych		
Jestem osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań.	☐ TAK	☐ NIE
☐ Odmowa podania danych		
Jestem osobą z niepełnosprawnościami. (w przypadku odpowiedzi TAK - należy dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument równoważny, poświadczający stan zdrowia)	☐ TAK	☐ NIE
☐ Odmowa podania danych		
Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności - jeżeli dotyczy. - należy określić dodatkowe potrzeby wynikające z niepełnosprawności, które wiążą się z oczekiwaniami wobec Zespołu Projektowego (zarówno na etapie rekrutacji, jak i podczas dalszej realizacji zadań) aby mógł dostosować wsparcie do indywidualnych potrzeb uczestnika zgodnie z zasadą racjonalnych usprawnień. Przykłady takich usprawnień to m.in.: tłumacz języka migowego, transport niskopodłogowy, dostosowanie infrastruktury komputerowej (np. programy powiększające lub syntezy mowy), osoba asystująca czy odpowiednie dostosowanie żywienia (należy wskazać konkretne wymagania).  Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych / potrzeba zapewnienia usługi transportowej: 		
Alternatywne formy materiałów szkoleniowych: 		
Inne, jakie: 		

1 Wskaźniki wspólne dla wszystkich projektów współfinansowanych z EFS+

**V. STATUS KANDYDATA/KI W KONTEKŚCIE SPEŁNIENIA WYMAGAŃ / ZAŁOŻEŃ PROJEKTOWYCH**

Spełniam/nie spełniam niżej wymienionych kryteriów dostępu (tzw. formalnych):			
1.	Zamieszkuję, uczę się, pracuję na obszarze miasta Skarżysko – Kamienna w woj. świętokrzyskim (gminy miejskiej Skarżysko – Kamienna) w rozumieniu Kodeksu Cywilnego (tj. na obszarze OSI – miasta średniego tracącego funkcje społeczno-gospodarcze i obszarze MOF Miasta Północy). <i>(Weryfikacja na podst. załącznika nr 2 do regulaminu – oświadczenia zbiorcze Kandydata/ki lub jego/j opiekuna faktycznego / pełnomocnika)</i>	☐ TAK	☐ NIE
2.	Jestem osobą potrzebującą wsparcia w ramach Centrum Usług Społecznych. <i>(Weryfikacja na podst. wniosku Kandydata/ki lub jego/j opiekuna faktycznego / pełnomocnika)</i>	☐ TAK	☐ NIE
3.	Kandydat/ka nie korzysta równocześnie z takiej samej formy wsparcia w innym projekcie, który jest współfinansowany z EFS+ lub ze środków krajowych. <i>(Weryfikacja na podst. załącznika nr 2 do regulaminu – oświadczenia zbiorcze Kandydata/ki lub jego/j opiekuna faktycznego / pełnomocnika)</i>	☐ TAK	☐ NIE

Kryteria dodatkowe (tzw. premiujące):		(zaznacz „X” w właściwym „□”)
1.	Należę do osób o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności i/lub osób z niepełnosprawnością sprzężoną i/lub osób z chorobami psychicznymi i/lub osób z niepełnosprawnością intelektualną i/lub osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 ²). <i>(Weryfikacja na podst. orzeczenia o niepełnosprawności lub innego dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności / orzeczenie równoważne, orzeczenie lub opinia z Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej)</i>	☐
2.	Jestem osobą korzystającą z programu FE PŻ. <i>(Weryfikacja na podst. zaświadczenia z instytucji udzielającej pomocy lub oświadczenia Kandydata/ki lub jego/j opiekuna faktycznego / pełnomocnika)</i>	☐
3.	Jestem osobą zamieszkującą samotnie. <i>(Weryfikacja na podst. załącznika nr 2 do regulaminu – oświadczenia zbiorcze Kandydata/ki lub jego/j opiekuna faktycznego / pełnomocnika)</i>	☐
4.	Dzieci wychowujące się poza rodziną biologiczną. <i>(Weryfikacja na podst. zaświadczenia lub oświadczenia)</i>	☐
5.	Jestem osobą w niekorzystnej sytuacji w tym osobą doświadczającą ubóstwa, wykluczoną społecznie (np. korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej) lub dyskryminacji w wielu wymiarach lub zagrożoną takimi zjawiskami. <i>(Weryfikacja na podst. zaświadczenia z instytucji pomocy społecznej / innej lub na podst. oświadczenia Kandydata/ki lub jego/j opiekuna faktycznego / pełnomocnika)</i>	☐

2 Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10.



6.	Jestem osobą o utrudnionym dostępie do usług w obszarze zdrowia. (Weryfikacja na podst. załącznika nr 2 do regulaminu – oświadczenia zbiorcze Kandydata/ki lub jego/j opiekuna faktycznego / pełnomocnika)	☐
7.	Jestem osobą lub rodziną osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym. (Weryfikacja na podst. załącznika nr 2 do regulaminu – oświadczenia zbiorcze Kandydata/ki lub jego/j opiekuna faktycznego / pełnomocnika)	☐
8.	Jestem osobą starszą. (Weryfikacja na podst. załącznika nr 2 do regulaminu – oświadczenia zbiorcze Kandydata/ki lub jego/j opiekuna faktycznego / pełnomocnika)	☐

VI. W ramach ww. projektu wnioskuję o objęcie mnie wsparciem:			
Rodzaj usług	Nazwa usługi	Grupy docelowe	Wnioskuję o usługę
Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu	USŁUGI WSPARCIA: RODZINY I PIECZY ZASTĘPCZEJ		
	Półkolonie profilaktyczno -edukacyjne dla dzieci w okresie ferii zimowych	Dzieci	☐
	Półkolonie profilaktyczno-edukacyjne dla dzieci w okresie wakacji	Dzieci	☐
	Usługi dla rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością :		
	-indywidualna terapia sensoryczna	Dzieci i młodzież	☐
	-grupowy trening umiejętności społecznych		☐
	-indywidualna terapia biofeedback		☐
	-indywidualna terapia pedagogiczna		☐
	-indywidualny trening ręki		☐
	USŁUGI ZDROWOTNE		
	Badania przesiewowe dla dzieci i młodzieży (wada postawy, diagnoza optometryczna)	Dzieci i młodzież.	☐
	Leczenie w ramach opieki długoterminowej kobiet po mastektomii (zabiegi rehabilitacyjne, drenaż limfatyczny)	Kobiety	☐



USŁUGI WSPARCIA OSÓB STARSZYCH, OPIEKUŃCZE			
usługa transportu indywidualnego	Seniorzy, OzN, osoby samotne	☐	
usługa porządkowo - remontowa (drobne prace)		☐	
usługa porządkowo - remontowa (gruntownego sprzątnięcia w miejscu zamieszkania)		☐	
specjalistyczne usługi opiekuńcze		☐	
Specjalistyczne usługi opiekuńcze:			
-usługi psychologiczne	Seniorzy, OzN, osoby samotne	☐	
-usługi terapeutyczne		☐	
-usługi pielęgniarские		☐	
-usługi rehabilitacyjne		☐	
-usługi fizjoterapeutyczne		☐	
-usługi dietetyczne		☐	
ORGANIZOWANIE SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ			
Inicjatywy edukacyjne i działania z zakresu profilaktyki prozdrowotnej oraz świadomość ekologiczna, kształtowania postaw antydyskryminacyjnych uczestników projektu i inne według POSL	Osoby i rodziny objęte działaniami OSŁ	☐	

VII. OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że:

- Zapoznałem/-am się z zasadami udziału zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „**Centrum Usług Społecznych w Skarżysku - Kamiennej**”, akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa określone w regulaminie i w przypadku zakwalifikowania się do projektu zobowiązuję się do jego bezwzględnego przestrzegania.
- Dobrowolnie zgłaszam swój udział do Projektu i w związku tym wyrażam zgodę na współpracę z pracownikami **Centrum Usług Społecznych w Skarżysku – Kamiennej** oraz podmiotami zaangażowanymi w realizację projektu, w tym przekazywanie informacji drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail).
- Deklaruję uczestnictwo w określonych formach wsparcia, równocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Realizatora o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym



Formularzu rekrutacyjnym.

- d) W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Realizatora projektu w formie pisemnej.
- e) Zostałem/am poinformowany/a, że:
- ✓ przedmiotowy projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027.
 - ✓ Wnioskodawcą/Realizatorem ww. projektu jest: **Gmina Skarżysko - Kamienna / Centrum Usług Społecznych w Skarżysku - Kamiennej, ul. Sikorskiego 19, 26-110 Skarżysko - Kamienna.**
 - ✓ złożenie niniejszego Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.
 - ✓ biorąc udział w projekcie mam również obowiązek udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Realizatora projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej.
- f) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tym danych wrażliwych, zawartych w niniejszym Formularzu, do celów rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, zgodnie z ustawą z dnia 19 września 2019 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).
- g) Przyjmuję do wiadomości, że wszystkie dokumenty związane z uczestnictwem w projekcie, przekazane do **Centrum Usług Społecznych w Skarżysku – Kamiennej** stają się jego własnością i nie mam prawa żądać ich zwrotu.
- h) Zostałem/-am poinformowany/-a o przysługujących mi prawach wynikających z 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 i wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu, do celów związanych z realizacją i promocją projektu.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

.....
(data i miejscowość)

.....
Czytelny podpis Kandydata/ki lub jego/j opiekuna /rodzica/
pełnomocnika

VIII. WYPEŁNIENIE OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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) informujemy, iż:

- 1) Administratorem Pana/i danych osobowych jest: **Gmina Skarżysko – Kamienna / Centrum Usług Społecznych w Skarżysku – Kamiennej** z siedzibą **ul. Sikorskiego 19, 26-110 Skarżysko- Kamienna.**
- 2) W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych można kontaktować się z wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: **iodo@cus.skarkam.pl**
- 3) Administrator przetwarza dane osobowe na podstawie udzielonej zgody.
- 4) Pana/i dane osobowe są przetwarzane w celu rekrutacji i są przetwarzane wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
- 5) Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. a ww. Rozporządzenia. Dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od dnia 31 grudnia w roku, w którym dokonano ostatniej wypłaty dofinansowania w ramach projektu, do którego realizowana jest rekrutacja dotycząca Pana/i osoby. Administrator poinformuje o dacie rozpoczęcia okresu, o którym mowa w zdaniu pierwszym na swojej stronie internetowej **www.cus.skarkam.pl**

- Czytelny podpis Kandydata/ki lub jego/j opiekuna
/rodzica/ pełnomocnika