

Projekt „Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością” realizowany jest w ramach RPO WD 2014-2020

Załącznik nr 1.1

FORMULARZ REKRUTACYJNY
- OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ/ NIESAMODZIELNA -

Informacje o projekcie

Lp.	Nazwa	
1.	Tytuł projektu	<i>Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością</i>
2.	Nr projektu	RPDS 09.02.01-02-0024/16
3.	Oś priorytetowa, w ramach której realizowany jest projekt	9. Włączenie społeczne
4.	Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt	9.2 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych
5.	Poddziałanie, w ramach którego realizowany jest projekt	9.2.1 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych – konkursy horyzontalne

Dane osobowe kandydata/uczestnika projektu¹:

Lp.	Nazwa	
1.	Kraj	Polska
2.	Rodzaj uczestnika	INDYWIDUALNY
3.	Nazwa instytucji	NIE DOTYCZY
4.	Imię	
5.	Nazwisko	
6.	Numer PESEL	
7.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
8.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu (liczba pełnych skończonych lat, obliczona na dzień złożenia Formularza)	
9.	Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe [Brak formalnego wykształcenia] <input type="checkbox"/> Podstawowe [Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej] <input type="checkbox"/> Gimnazjalne [Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej] <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne [Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)] <input type="checkbox"/> Policealne, pomaturalne [Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym]

¹ Status uczestnika projektu osoba nabywa z po wydaniu decyzji kwalifikującej przez Komisję Rekrutacyjną.

Projekt „Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością” realizowany jest w ramach RPO WD 2014-2020

Wyższe [Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym; tj. licencjackim, magisterskim lub doktorskim]

DANE KONTAKTOWE

• MIEJSCE ZAMIESZKANIA

10.	Województwo	dolnośląskie
11.	Subregion	<input type="checkbox"/> jeleniogórski <input type="checkbox"/> wałbrzyski
12.	Powiat	<input type="checkbox"/> jaworski <input type="checkbox"/> kłodzki <input type="checkbox"/> ząbkowicki
13.	Gmina	
14.	Miejscowość	
15.	Ulica	
16.	Nr budynku	
17.	Nr lokalu	
18.	Kod pocztowy	
19.	• Telefon kontaktowy	
20.	• Adres e-mail	

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

21.	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	w tym zakwalifikowana do	<input type="checkbox"/> I profilu pomocy <input type="checkbox"/> II profilu pomocy <input type="checkbox"/> III profilu pomocy <input type="checkbox"/> brak profilu
22.	Osoba długotrwale bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy (tj. osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	W tym zakwalifikowana do	<input type="checkbox"/> I profilu pomocy <input type="checkbox"/> II profilu pomocy <input type="checkbox"/> III profilu pomocy <input type="checkbox"/> brak profilu
23.	Osoba bezrobotna, niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	w tym długotrwale bezrobotna niezarejestrowana (tj. osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
24.	Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Projekt „Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością” realizowany jest w ramach RPO WD 2014-2020

25.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI										
26.	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących Jeśli zaznaczono TAK	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu										
27.	Osoba żyjąca w gospodarstwie, bez osób pracujących, składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE										
28.	Osoba, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE										
29.	Osoba w innej, niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI										
30.	Osoba z niepełnosprawnością tj. osoba posiadająca aktualne orzeczenie o niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI (jest jednoznaczna z zakończeniem udziału w procesie rekrutacji)										
31.	W przypadku osoby z niepełnosprawnością prosimy o informacje dotyczące posiadanego orzeczenia o niepełnosprawności i/lub zdolności do pracy	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Zakład Ubezpieczeń Społecznych</th> <th>Powiatowy zespół orzekania o niepełnosprawności</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy</td> <td><input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu lekkim</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy</td> <td><input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji</td> <td><input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu znacznym <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności dla osób do 16-go roku życia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie</td> <td><input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie</td> </tr> </tbody> </table>	Zakład Ubezpieczeń Społecznych	Powiatowy zespół orzekania o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu lekkim	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu znacznym <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności dla osób do 16-go roku życia	<input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie	<input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie
Zakład Ubezpieczeń Społecznych	Powiatowy zespół orzekania o niepełnosprawności											
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu lekkim											
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym											
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu znacznym <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności dla osób do 16-go roku życia											
<input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie	<input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie											

Projekt „Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością” realizowany jest w ramach RPO WD 2014-2020

32.	Osoba z zaburzeniami psychicznymi osoba chora psychicznie – wykazująca zaburzenia psychiatryczne; upośledzona umysłowa, wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI (jest jednoznaczna z zakończeniem udziału w procesie rekrutacji)
33.	Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
34.	W tym osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
35.	osoba lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej, zgodnie z ustawą z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ww. Ustawy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
36.	osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
37.	osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo - wychowawczych, o których mowa w ustawie z dn. 9.06.2011 o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
38.	osoba nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości, zgodnie z ustawą z dnia 26.10.1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. z 2014 r, poz. 382 z późn. zm)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
39.	osoba przebywająca w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2015 r, poz. 2156 z późn. zm)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
40.	rodzina 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	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
41.	osoba niesamodzielna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
42.	osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
43.	osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

W załączeniu przedkładam (jeśli dotyczy):

- zaświadczenie z PUP potwierdzające status osoby bezrobotnej,
- kserokopię dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności,
- inne _____

Projekt „Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością” realizowany jest w ramach RPO WD 2014-2020

Oświadczenie uczestnika projektu

W związku z przystąpieniem do projektu pn. *Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością* oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Dolnośląskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 (Instytucji Zarządzającej RPOWD 2014-2020), mający siedzibę we Wrocławiu (50-411), Wybrzeże Słowackiego 12-14 - w odniesieniu do zbioru: „*Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014 – 2020*”.
2. Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy pełniący funkcję Instytucji Pośredniczącej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020, mający siedzibę we Wałbrzychu (58-306) przy ul. Ogrodowej 5B – w odniesieniu do przetwarzania danych osobowych w ramach centralnego systemu teleinformatycznego, wspierającego realizację programów operacyjnych, w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020,
3. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020
4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPOWD 2014-2020,
5. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy, 58-306 Wałbrzych, ul. Ogrodowa 5B, beneficjentowi realizującemu projekt – Sudecki Instytut Rozwoju Regionalnego, 58-100 Świdnica, ul. Długa 6 oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WD 2014-2020.



Projekt „Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością” realizowany jest w ramach RPO WD 2014-2020

6. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
7. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS
UCZESTNIKA PROJEKTU*

Oświadczenie opiekuna prawnego/rodzica:

Ja, niżej podpisany/a

.....

legitymujący się dowodem osobistym seria nr

oświadczam, iż jestem opiekunem prawnym/ rodzicem

.....

i wyrażam zgodę na udział mojego podopiecznego w projekcie
pn. „Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością”

.....
data

.....
czytelny podpis

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.