

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

Załącznik nr 1

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU

ASTYSTENT, ASYSTENTKA, KANDYDAT NA ASYSTENTA/OPIEKUNA, KANDYDATKA NA ASYSTENTKĘ/OPIEKUNKĘ OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ/ NIESAMODZIELNEJ

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 rekrutacyjnego)	
9.	Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe [<i>Brak formalnego wykształcenia</i>] <input type="checkbox"/> Podstawowe [<i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i>] <input type="checkbox"/> Gimnazjalne [<i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>] <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne [<i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)</i>] <input type="checkbox"/> Policealne, pomaturalne [<i>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i>]

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



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

		<input type="checkbox"/> 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 w innej, niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI				
29.	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"/> OSOBA Z RODZINY ² <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI (jest jednoznaczna z zakończeniem udziału w procesie rekrutacji)				
30.	W przypadku osoby z niepełnosprawnością prosimy o informacje dotyczące posiadanego orzeczenia o niepełnosprawności i/lub zdolności do pracy	<table border="1"> <tr> <td>Zakład Ubezpieczeń Społecznych</td> <td>Powiatowy zespół orzekania o niepełnosprawności</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie </td> <td> <input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu lekkim <input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym <input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu znacznym <input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie </td> </tr> </table>	Zakład Ubezpieczeń Społecznych	Powiatowy zespół orzekania o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu lekkim <input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym <input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu znacznym <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"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu lekkim <input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym <input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu znacznym <input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie					
31.	Osoba z zaburzeniami psychicznymi osoba chora psychicznie – wykazująca zaburzenia psychotyczne; upośledzona umysłowo, 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"/> OSOBA Z RODZINY <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI (jest jednoznaczna z zakończeniem udziału w procesie rekrutacji)				

² osoba z rodziny rozumiana jako osoba spokrewniona lub niespokrewniona, pozostająca w faktycznym związku, wspólnie zamieszkująca i gospodarująca (w rozumieniu art. 6 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej).

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

32.	Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
33.	w tym osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
34.	Osoba lub rodziny korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej, zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ww. ustawy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
35.	osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym ³	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
36.	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
37.	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
38.	osoba niesamodzielna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
39.	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
40.	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 _____

³ Przepisy ustawy stosuje się w szczególności do: 1) bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 2)1) uzależnionych od alkoholu, 3)1) uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających, 4) chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, 5) długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, 6) zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 7) uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 8) osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

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.
6. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.



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

7. W terminie do 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy (dot. asystentów, kandydatów na asystentów/ opiekunów osób z niepełnosprawnością).
8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA
PROJEKTU*