Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

NR REKRUTACYJNY (WYPEŁNIA ORGANIZATOR)…………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY**  **do projektu ,,Aktywny Senior +”**  **dofinansowanego ze środków Unii Europejskie w ramach programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027** | | |
| **Dane kandydata /kandydatki** | **Nazwisko** |  |
| **Imię** |  |
| **Płeć** |  |
| **Data urodzenia (dzień – miesiąc -rok)** | ……..-…….-…………. |
| **PESEL** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Wykształcenie** | brak  podstawowe  gimnazjalne  ponadgimnazjalne  pomaturalne  wyższe  inne jakie?……………………………(np. uczeń szkoły podstawowej) |
| **Status kandydata na rynku pracy**   * **W przypadku emerytów należy zaznaczyć pozycję ,,jestem osobą bierną zawodowo”** | jestem osobą pracującą  jestem osobą bierną zawodowo  jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w PUP  jestem osobą bezrobotną nie zarejestrowaną w PUP |
| Kryteria obowiązkowe | | |
| **Jestem osobą która mieszkającą na terenie Miasta i/lub Gminy Pilawa** | | TAK  NIE |
| **Adres zamieszkania** | **Ulica** |  |
| **Nr domu** |  |
| **Nr lokalu** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Kod pocztowy, poczta** |  |
| **Powiat** |  |
| **Województwo** |  |
| **Gmina** |  |
| **Jestem osobą w wieku poprodukcyjnym [ w przypadku kobiet 60 i więcej lat, w przypadku mężczyzn 65 i więcej lat]**  **(**POTWIERDZENIE: weryfikacja wieku przez pracownika na podstawie dostępnych dokumentów lub oświadczenie ) | | TAK  NIE |
| **Jestem osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** | | TAK  NIE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kryteria pierwszeństwa | | |
| **Jestem osobą ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności**  (POTWIERDZENIE: ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI / ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE/OZRECZENIE O NIEZDOLNOŚCI DO PRACY) | | **TAK** (*wymagane dostarczenie dokumentów potwierdzających stan)*  **NIE** |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną**  (POTWIEDZENIE:ORZECZENIE O STANIE ZDROWIA / OPINIA LEKARSKA) | | **TAK** (*wymagane dostarczenie dokumentów potwierdzających stan)*  **NIE** |
| **Jestem osobą z chorobą psychiczną**  (POTWIEDZENIE:ORZECZENIE O STANIE ZDROWIA / OPINIA LEKARSKA) | | **TAK** (*wymagane dostarczenie dokumentów potwierdzających stan)*  **NIE** |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną**  (POTWIEDZENIE:ORZECZENIE O STANIE ZDROWIA / OPINIA LEKARSKA**)** | | **TAK** (*wymagane dostarczenie dokumentów potwierdzających stan)*  **NIE** |
| **Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi**  (POTWIEDZENIE:ORZECZENIE O STANIE ZDROWIA / OPINIA LEKARSKA) | | **TAK** (*wymagane dostarczenie dokumentów potwierdzających stan)*  **NIE** |
| **Jestem osobą. korzystającą z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027**  (POTWIEDZENIE: DOKUMENT WYSTAWIONY PRZEZ ORGANIZACJĘ/ INSTYTUCJĘ UDZIELAJĄCĄ WSPARCIA) | | **TAK** (*wymagane dostarczenie dokumentów potwierdzających stan)*  **NIE** |
| **Jestem osobą mieszkającą samotnie**  (POTWIERDZENIE: OŚWIADCZENIE ) | | **TAK** (*wymagane dostarczenie dokumentów potwierdzających stan)*  **NIE** |
| Informacje dodatkowe | | |
| Status kandydata / kandydatki | Jestem osobą obcego pochodzenia | TAK  NIE |
| Jestem osobą państwa trzeciego | TAK  NIE |
| Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej | TAK  NIE |
| Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań | TAK  NIE |
| Jestem osobą niepełnosprawna | TAK  NIE |
| Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | TAK  NIE |

|  |  |
| --- | --- |
| **Specjalne potrzeby kandydata / kandydatki – należy zgłosić w związku z koniecznością uwzględnienia potrzeb przy organizacji wsparcia** | |
| Zgłaszam potrzebę dostosowania przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową (jeżeli ,,nie dotyczy” należy zaznaczyć NIE) | TAK (jak?)  ……………………………………………………….  NIE |
| Zgłaszam potrzebę zapewnienia tłumacza migowego (jeżeli ,,nie dotyczy” należy zaznaczyć NIE) | TAK  NIE |
| Zgłaszam potrzebę dostosowania materiałów drukowanych poprzez zwiększenie czcionki / poprawy kontrastu (jeżeli ,,nie dotyczy” należy zaznaczyć NIE) | TAK  NIE |
| Zgłaszam potrzebę dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych | TAK  NIE |
| Inne specjalne potrzeby | TAK jakie? ……………………………………………………………………  NIE |
| **Dodatkowe informacje mające znaczenie przy ocenie Kandydata / Kandydatki – Jeżeli uważasz że jakaś informacja ma znaczenie w związku z Twoim uczestnictwem w projekcie proszę wpisz ją poniżej** | |
|  | |
| **WAŻNE!!!**  **Proszę o zapoznanie się z poniższymi zapisami** | |
| Oświadczenie osoby / opiekuna osoby ubiegającej się o wsparcie w ramach projektu:  W imieniu swoim / mojego podopiecznego \* oświadczam, że świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 Kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:   * Zapoznałam się z Regulaminem naboru i uczestnictwa w projekcie pt. ,,Aktywny Senior +” i akceptuję jego warunki i wymogi. * Wszystkie dane podane w formularzu są zgodne z stanem prawnym i faktycznym, * Zostałem poinformowany/poinformowana , że projekt pt.: ,,Aktywny Senior +” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskie - Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027, Priorytet VIII Fundusze Europejskie dla aktywnej integracji oraz rozwoju usług społecznych i zdrowotnych na Mazowszu, Działanie 8.5 Usługi społeczne i zdrowotne * Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji i monitoringu projektu pt.: ,,Aktywny Senior +” (ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych Dz.U. z 2019 r. poz. 1781)   Udostępnione informacje podlegają ochronie zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektyw 95/46/WE (ogólne rozporządzenia o ochronie danych)  Administratorem Państwa danych osobowych jest ul. Inflancka 4,00-189 Warszawa Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym kontakt jest możliwy za pomocą poczty elektronicznej pod adresem: [urząd\_marszalkowski@mazovia.pl](mailto:urząd_marszalkowski@mazovia.pl) lub pod nr tel. (22)59 79 100 Zakres przetwarzanych danych osobowych wynika z wypełnionego przez Państwa niniejszego formularza rekrutacyjnego w Projekcie . Dane osobowe będą przetwarzane nie dłużej niż do końca realizacji wskazanych powyżej celów z zastrzeżeniem, że okres przechowywania danych osobowych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przewidziany przepisami powszechnie obowiązującego prawa. W związku z przetwarzaniem  Jestem świadomy/a, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie   * Udzielam Miastu i Gminie Pilawa / Miejsko -Gminnemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Pilawie nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystania zdjęć z moim wizerunkiem/ wizerunkiem mojego podopiecznego w związku z udziałem w projekcie ,,Aktywny Senior +” bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielania wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Miasto i Gminę Pilawa / Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Pilawie działalności w ramach projektu | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………..  (Podpis osoby przyjmującej formularz) |  | ………………………………….  (Podpis Kandydata/Kandydatki) |