

Projekt "Wsparcie w Twoim domu" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

.....  
Data wpływu (uzupełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

**Kod kandydatki /kandydata:** .....  
(uzupełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)

<b>Tytuł projektu</b>		„Wsparcie w Twoim domu”	
<b>Nr projektu</b>		Oś: IX Włączenie społeczne; Działanie: IX.2 Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym; Poddziałanie: IX.2.2 Usługi społeczne i zdrowotne- ZIT	
<b>Dane kandydatki / kandydata</b>			
<b>Osoba niesamodzielna</b> <input type="checkbox"/>		<b>Opiekun faktyczny</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Dane podstawowe</b>	Imię (imiona)		
	Nazwisko		
	Płeć	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> M
	Data urodzenia		
	PESEL		
	Wiek w chwili przystąpienia do projektu		
<b>Adres zamieszkania</b>	Ulica		
	Nr domu		Nr lokalu
	Miejscowość		Kod pocztowy



Projekt "Wsparcie w Twoim domu" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

	Powiat	<input type="checkbox"/> m. Łódź <input type="checkbox"/> powiat zgierski		
Adres do korespondencji (w przypadku gdy jest inny aniżeli zamieszkania):	Ulica			
	Nr domu		Nr lokalu	
	Miejscowość		Kod pocztowy	
Dane kontaktowe:	Telefon			
	E-mail			
Wykształcenie	Poziom wykształcenia	<input type="checkbox"/> NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE (ISCED 0) <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE (ISCED 1) <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE (ISCED 2) <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) <input type="checkbox"/> POLICEALNE (ISCED 4) <input type="checkbox"/> WYŻSZE (ISCED 5-8)		
Stan zdrowia w przypadku osoby niesamodzielnej (proszę opisać sytuację zdrowotną)				
<b>Status kandydatki /kandydata</b>				
Status na rynku pracy (definicje według Wytucznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze rynku pracy)	<b>Osoba bezrobotna</b> czyli pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Jest to osoba zarejestrowana jako bezrobotna zgodnie z krajowymi przepisami, nawet jeżeli nie spełnia wszystkich trzech kryteriów. Osobami bezrobotnymi są zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu badania aktywności ekonomicznej ludności, jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), są również osobami bezrobotnymi.			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<b>w tym długotrwale bezrobotna:</b> -młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy), - dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy).			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie



Projekt "Wsparcie w Twoim domu" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

	<b>Osoba zarejestrowana w PUP z III profilem</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<b>Osoba bierna zawodowa</b> to osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<b>Osoba pracująca</b> to osoba w wieku 15 lat i więcej, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracuje ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<b>W przypadku osób pracujących proszę o wpisanie miejsca pracy i wykonywanego zawodu:</b>	
<b>Sytuacja kandydatki/ta</b>	Jestem osobą z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna 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.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<b>Proszę wpisać stopień i rodzaj niepełnosprawności:</b>	
	Jestem migrantem, osobą obcego pochodzenia, przynależę do mniejszości (w tym mniejszości narodowej i etnicznej). Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy – każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt "Wsparcie w Twoim domu" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

	Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań. (Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitala, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą); 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do na mieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
--	--	---

### OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że zgodnie z art. 6 ust 1 lit a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016,679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Akademię Zdrowia Sp. z o.o. Sp. k. dla potrzeb procesu rekrutacji i realizacji projektu „Wsparcie w Twoim domu” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.
2. Oświadczam, że zamieszkuję teren miasta Łodzi lub powiatu zgierskiego.
3. Oświadczam, że mam powyżej 18 lat.
4. Oświadczam, że zapoznałam(em) się z regulaminem rekrutacji i akceptuję jego postanowienia.
5. Zostałam(em) poinformowana(y), że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Data i podpis kandydatki/kandydata



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt "Wsparcie w Twoim domu" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

**Potwierdzenie złożenia dokumentów niezbędnych na etapie prowadzonej rekrutacji (wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie):**

Lp.	Rodzaj dokumentu	Potwierdzenie dostarczenia
1.	orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument równoważny	
2.	zaświadczenie o stanie zdrowia	
3.	skierowanie wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do objęcia długoterminową opieką	
4.	karta oceny wg skali opartej na skali Barthel	
5.	oświadczenie o nie korzystaniu z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych z EFS w ramach RPO WŁ 2014-2020,	
6.	inne dokumenty potwierdzające skorzystanie z usługi zdrowotnej np.: dokumentacja pielęgniarska, lekarska, karty wizyt, itp.	
7.	Dokumenty potwierdzające bycie osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym np. zaświadczenie z PUP, OPS/PCPR	
8.	wypis szpitalny dotyczący osób, które w okresie ostatnich 12 miesięcy przed przystąpieniem do projektu korzystał/a ze świadczenia zdrowotnego w zakresie leczenia szpitalnego	

Data i podpis przyjmującego zgłoszenie