

Projekt „Opieka i wsparcie w Twoim domu II” 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>		<b>„Opieka i wsparcie w Twoim domu II”</b>	
<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 „Opieka i wsparcie w Twoim domu II” 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 <input type="checkbox"/> powiat brzeziński <input type="checkbox"/> powiat pabianicki <input type="checkbox"/> powiat łódzki wschodni		
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 ( Oświadczenia )</b>				
Status na rynku pracy (definicje według Wytycznych 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

Projekt „Opieka i wsparcie w Twoim domu II” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

	<p><b>w tym długotrwale bezrobotna:</b> -młodzież (&lt;25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (&gt;6 miesięcy), - dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (&gt;12 miesięcy).</p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<b>Osoba zarejestrowana w PUP z III profilem</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<b>Osoba bierna zawodowo</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). <b>Należy załączyć orzeczenie.</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<b>Proszę wpisać stopień i rodzaj niepełnosprawności:</b>	
	Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną ( złożona, wieloraka, wielozakresowa, współobecna, współlistniejąca) – co najmniej dwa rodzaje niepełnosprawności występujące u jednej osoby łącznie ( <b>Należy załączyć orzeczenie</b> ).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną i całościowymi zaburzeniami rozwojowymi.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie



Projekt „Opieka i wsparcie w Twoim domu II” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

	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
	Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z powodu przynajmniej jednej przesłanki*	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 ( <b>należy załączyć dokument potwierdzający ten fakt</b> )	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, a mój dochód nie przekracza 150 % właściwego kryterium dochodowego ( na os. Samotnie gospodarującą lub os. w rodzinie), o których mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Jestem osobą zamieszkującą tereny rewitalizowane ŁOM	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	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/szpitale, 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 „Opieka i wsparcie w Twoim domu II” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu

Projekt „**Opieka i wsparcie w Twoim domu II**” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Spółecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

2. Oświadczam, że zamieszkuję teren miasta Łodzi lub powiatu zgierskiego, brzezińskiego, pabianickiego, łódzkiego wschodniego ( ŁOM) zg. z KC
3. Oświadczam, że mam powyżej 18 lat.
4. Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną \*
5. Oświadczam, że nie korzystam z tego samego typu wsparcia oferowanego w projekcie „**Opieka i wsparcie w Twoim domu II**” w innych projektach współfinansowanych z EFS w ramach RPO WŁ 2014-2020.
6. Oświadczam, że jestem osobą samotną w roz. art. 6 pkt 9 lub pkt 10 ust. z dnia 12.03.2004o pomocy społ./ os.rodzinie, gdy rodzina nie może z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy\*\*
7. Oświadczam, że zapoznałam(em) się z regulaminem rekrutacji i akceptuję jego postanowienia.
8. Zostałam(em) poinformowana(y), że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Data i podpis kandydatki/kandydata