



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

Projekt pn.: „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną” nr: FELU.08.05-IZ.00-0116/25

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz budżetu państwa w ramach regionalnego programu: Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027,
realizowany przez Sofia EuroInvest Magdalena Nowacka
w partnerstwie z KREATOR ZMIAN Ewa Zalewska

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Przed wypełnieniem formularza rekrutacyjnego prosimy o zapoznanie się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

„Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną”

Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego (wypełnia Personel Projektu)					
Data		Godzina		Numer	DDP/_____
Liczba uzyskanych punktów wg. Kryterium rekrutacji (wypełnia Personel Projektu)					
Kryteria formalne:	<input type="checkbox"/> TAK		Kryteria preferencyjne:		
	<input type="checkbox"/> NIE		(liczba punktów)		
Wnoszę o objęcie wsparciem:	<input type="checkbox"/> Usługami opiekuńczymi w tym specjalistycznymi tj. chcę wziąć udział w Dziennym Domu Pomocy (grupa 1) ¹ <input type="checkbox"/> Usługami asystenckimi w miejscu zamieszkania (grupa 2) ² <input type="checkbox"/> Jestem Opiekunem Faktycznym (grupa 3) ³ i wypełniam <u>załącznik B</u>				

1. Dane personalne Kandydata/-ki do Projektu:	
Imię	
Nazwisko	

¹ Osoby potrzebujące wsparcia tj. całodziennych usług opiekuńczych, specjalistycznych opiekuńczych, aktywizacji w sferze fizycznej, intelektualnej i społecznej.

² Osoby z niepełnosprawnością.

³ Osoby sprawujące Opiekę nieformalną nad osobą z GR 2.



Telefon											
Adres e-mail											
PESEL											
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna				wiek						
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa- obywatele kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju spoza UE										
<ul style="list-style-type: none"> Osoba do kontaktu 											
Imię i nazwisko					Telefon kontaktowy						
<ul style="list-style-type: none"> OPIEKUN FAKTYCZNY⁴ 											
Imię i nazwisko					Telefon kontaktowy						

2. Adres zamieszkania Kandydata/-ki:											
Województwo											
Powiat				Gmina							
Miejscowość				Kod pocztowy							
Ulica											
Nr budynku				Nr lokalu							

3. Wykształcenie Kandydata/-ki:											
ISCED 0-Brak	<input type="checkbox"/>	ISCED 2 Gimnazjalne	<input type="checkbox"/>	ISCED 4 Policealne	<input type="checkbox"/>						
ISCED 1 Podstawowe	<input type="checkbox"/>	ISCED 3 Ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/>	ISCED 5-8 Wyższe	<input type="checkbox"/>						

⁴ Wypełnić, jeżeli dotyczy- Opiekun faktyczny oznacza osobę opiekującą się osobą potrzebującą wsparcia (GR 2) niebędącą opiekunem formalnym (zawodowym) i niepobierającą wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki (nie dotyczy rodziców zastępczych), najczęściej członek rodziny, osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą, osoba bliska, wolontariusz.



4. Status na rynku pracy Kandydata/-ki w chwili przystąpienia do projektu (należy wybrać jedną odpowiedź):

<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> ucząca się/odbywające kształcenie <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne (np. emeryci, renciści)	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	
<input type="checkbox"/> Osoba pracująca: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz 	



- osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
- osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
- osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
- Inne

5. Szczególna sytuacja Kandydata/-ki:

Osoba obcego pochodzenia

(Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów).

- NIE
- TAK

Osoba z państwa trzeciego

(Osoba, która jest obywatelem krajów spoza UE) Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: kserokopie zaświadczenia o nadaniu nr PESEL/ karta pobytu (czasowego, stałego lub rezydenta długoterminowego UE)

- NIE
 - TAK
- Rodzaj dokumentu:
- Dowód osobisty
 - Paszport
 - Inny, jaki.....
- Numer dokumentu:
- Data ważności dokumentu/data wydania dokumentu:/.....

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)

(Mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska).

- NIE
- TAK
- Odmowa podania informacji



<p><u>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</u></p>	<p><input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK</p>
<p><u>Osoba z niepełnosprawnościami, w tym stopień:</u></p>	<p><input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy</p>
<p><u>Osoba zamieszkująca samotnie</u></p>	<p><input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK</p>
<p><u>Osoba, której dochód NIE przekracza właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ust. z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społecznej tj.:</u> - dochód nie przekracza kwoty 1010 zł – os. samotnie gospodarujące; - dochód nie przekracza kwoty 823 zł – os. gospodarująca w rodzinie.</p> <p><u>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</u> dokumenty potwierdzające dochody z 6 ostatnich miesięcy – Załącznik nr 2 i/ lub zaświadczenie z ZUS</p>	<p><input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK</p>
<p><u>Osobą wykluczoną społecznie z więcej niż jednej przesłanki (tzw. wielokrotne wykluczenie)</u></p>	<p><input type="checkbox"/> osobą bierną zawodowo; <input type="checkbox"/> osobą lub rodziną korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 tej ustawy tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ubóstwa; <input type="checkbox"/> sieroctwa; <input type="checkbox"/> bezdomności; <input type="checkbox"/> bezrobocia; <input type="checkbox"/> niepełnosprawności; <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby; <input type="checkbox"/> przemocy domowej; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych



i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;

- trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;

- trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;

- alkoholizmu lub narkomanii;

- zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;

- klęski żywiołowej lub ekologicznej

- osobą, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2022 r. poz. 2241); tj.

- bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,

- uzależnioną od alkoholu,

- uzależnioną od narkotyków lub innych środków odurzających

- osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,

- długotrwale bezrobotną



w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (oznacza to bezrobotnego pozostającego w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych).

- zwalnianą z zakładów karnych, mającą trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- uchodzącą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- osobą niepełnosprawną, 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 uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

osobą przebywającą w pieczy



zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz rodziną przeżywającą trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;

- osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz. U. poz. 1700, z późn. zm.) oraz osobą nieletnią zagrożoną demoralizacją i przestępczością;
- osobą przebywającą i opuszczającą młodzieżowe ośrodki wychowawcze i młodzieżowe ośrodki socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. — Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 900, z późn. zm.) oraz osobą opuszczającą okręgowe ośrodki wychowawcze, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich;
- osobą z niepełnosprawnościami;
- członkiem gospodarstw domowych sprawującym opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- osobą opuszczającą placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej;
- osobą w kryzysie bezdomności, dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożonym bezdomnością;
- osobą odbywającą karę pozbawienia wolności, objętą dozorem



	<p>elektronicznym;</p> <p><input type="checkbox"/> osobą korzystającą z programu FEPŻ;</p> <p><input type="checkbox"/> osobą należącą do społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie;</p> <p><input type="checkbox"/> osobą objętą ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę;</p> <p><input type="checkbox"/> inną osobą, innym osobom, rodzinom oraz środowiskom, o których mowa w pkt 7, zidentyfikowanym przez IZ RP jako zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.</p>
--	--

6. Kryteria rekrutacji FORMALNE:

Oświadczam, że jestem:

<p>osobą zamieszkujejącą na terenie powiatu krasnostawskiego lub miasta Krasnystaw w rozumieniu Kodeksu Cywilnego</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>osobą powyżej 65 roku życia</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>osobą kwalifikującą się do objęcia mnie wsparciem w postaci usług opiekuńczych w ramach DDP lub usług asystenckich w miejscu zamieszkania tj. osobą która ze względu na wiek, stan zdrowia/niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego</p> <p>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: zaświadczenie lekarskie, załącznik nr 5</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>osobą, która nie otrzymała dotychczas wsparcia w postaci usług opiekuńczych/asystenckich/ specjalistycznych usług opiekuńczych lub otrzymałam/-em je w innym zakresie niż te, o które ubiegam się w ramach niniejszego projektu</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>

**7. Kryteria rekrutacji PREFERENCYJNE:****Oświadczam, że jestem:****PUNKTY:**

<p><u>osobą z niepełnosprawnością</u> posiadam stopień:</p> <p><input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Znaczny</p> <p>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem.</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>___/ 20 pkt.</p>
<p><u>osobą z niepełnosprawnością sprzężoną</u></p> <p>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: zaświadczenie lekarskie lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem.</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>___/ 20 pkt.</p>
<p><u>osobą z chorobami psychicznymi</u></p> <p>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: zaświadczenie lekarskie lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem.</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>___/ 40 pkt.</p>
<p><u>osobą z niepełnosprawnością intelektualną</u></p> <p>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>___/ 20 pkt.</p>
<p><u>osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi*</u></p> <p>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: zaświadczenie lekarskie lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem.</p> <p><small>* W rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10 całościowe zaburzenie rozwojowe należy rozumieć jako grupę neurorozwojowych zaburzeń wpływających na niemal wszystkie obszary rozwoju. Do nich zaliczają się m.in. autyzm, zespół Aspergera, zespół Retta i inne całościowe zaburzenia rozwojowe.</small></p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>___/ 20 pkt.</p>
<p><u>osobą korzystającą z FEPŻ (Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową na lata 2021-2027), a zakres uzyskanego wsparcia nie będzie powielał działań, które otrzymałam/em /otrzymuję z FEPŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w FEPŻ</u></p> <p>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: - zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu FEPŻ</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>___/ 20pkt.</p>



osobą, która nigdy nie korzystała z usług społecznych tożsamych w realizowanym w projekcie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	___/ 40 pkt.
Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: - załącznik nr 4 do formularza rekrutacyjnego.		
osobą, ubogą	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	___/ 20 pkt.
WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU	łącznie:	___/ 200 pkt.

FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB		<u>Nie zgłaszam</u> specjalnych potrzeb lub <u>nie dotyczy</u>
Rodzaj potrzeby	Proszę opisać potrzebę	
Dostosowanie przestrzeni z uwagi na ograniczenia ruchowe:		
Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów projektowych/szkoleniowych:		
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie :		<input type="checkbox"/>
Zapewnienie tłumacza języka migowego:		
Inne:		

FORMULARZ ZGŁOSZENIA POTRZEB DLA OSÓB OBCEGO POCHODZENIA		<u>Nie zgłaszam</u> potrzeb lub <u>nie dotyczy</u>
Proszę wpisać potrzeby związane z posiadaniem obcego pochodzenia (np. pomoc z językiem polskim):		<input type="checkbox"/>



.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis Kandydata/-ki^{5,6}

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań OŚWIADCZAM, że:

1. zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną” oraz dokumentacją projektową i spełniam wszystkie określone w nim warunki uczestnictwa oraz zobowiązuję się do przestrzegania ich zapisów;
2. zapoznałem/-am się z kryteriami kwalifikacji do udziału w projekcie oraz zasadami rekrutacji i udziału w projekcie „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki- sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie, które akceptuję;
3. zostałem/-am poinformowana, że Projekt pt. „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną” realizowany przez Sofia EuroInvest Magdalena Nowacka w partnerstwie z KREATOR ZMIAN Ewa Zalewska i jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027;
4. dane osobowe podane przeze mnie w związku z ubieganiem się o udział w Projekcie są prawdziwe;
5. wszystkie dokumenty rekrutacyjne w tym załączniki co do treści i informacji w nich zawartych są aktualne na dzień składania formularza rekrutacyjnego Beneficjenta Projektu;
6. jeżeli w trakcie mojego udziału w projekcie wystąpią okoliczności powodujące zmianę mojego statusu lub inne czynniki, prowadzące w konsekwencji do niekwalifikowania mnie do dalszego udziału w projekcie, poinformuję o tym zdarzeniu Beneficjenta Projektu;
7. wyrażam zgodę na wykorzystywanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacyjnych, udzielenia wsparcia oraz kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach projektu pn. „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną” realizowanego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. 2018 poz. 1000, z późn. zm.).

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis Kandydata/-ki^{5,6}



Załączniki do Formularza rekrutacyjnego:

1. **Załącznik nr 1** - Klauzula RODO (**obowiązkowo**)
2. **Załącznik nr 2** - Zaświadczenie o dochodach (jeśli dotyczy)
3. **Załącznik nr 3** - Zgoda opiekuna prawnego (jeśli dotyczy)
4. **Załącznik nr 4** - Oświadczenie o nie korzystaniu z tożsamyh usług (**obowiązkowo**)
5. **Załącznik nr 5** - Zaświadczenie lekarskie (**obowiązkowo**)
6. **Załącznik nr 6** – Test psychologiczny dla Kandydata (**obowiązkowa dla Grupy 2 – osób zainteresowanych usługami asystenckimi w miejscu zamieszkania**)
7. **Załącznik nr 7** – Karta oceny zdrowia psycho – fizycznego (**obowiązkowa dla Grupy 2 – osób zainteresowanych usługami asystenckimi w miejscu zamieszkania**)

⁵ W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej opiekuna prawnego.

⁶ W przypadku braku możliwości uzyskania czytelnego podpisu od Kandydata/teki należy: wykonać tuszowy odcisk palca Kandydata/teki, a osoba będąca świadkiem tego zdarzenia udziela swojego czytelnego podpisu, a przy tuszowym odcisku odnotowuje imię i nazwisko Kandydata/teki.



Klauzula informacyjna w zakresie przetwarzania danych osobowych

dla osób ubiegających się o udział w Projekcie pn.:

„Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną”

Obowiązek informacyjny realizowany zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 z późn. zm.), dalej „RODO”.

W związku z ubieganiem się o udział w Projekcie pn.: „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki- sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną” przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych wskazanych w formularzu rekrutacyjnym do projektu projekcie „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki- sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 w ramach Priorytetu nr FELU.08 Zwiększenie spójności społecznej, Działanie FELU.08.05 Usługi społeczne świadczone w społeczności lokalnej Umowy o dofinansowanie nr 226/FELU 08.05-IZ.00-0116/25-01 zawartej, zwanego dalej Projektem oraz danych osobowych znajdujących się w dokumentach załączonych do ww. formularza rekrutacyjnego są:
 - **Sofia EuroInvest Magdalena Nowacka** ul. Nadbystrzycka 189B/27, 20-506 Lublin
NIP: 5641486476, REGON: 110257219,
adres e-mail: magda.nowacka@onet.com.pl
tel.: 507 129 547
 - **KREATOR ZMIAN Ewa Zalewska** ul. Rolna 4, 58-260 Bielawa
NIP:8821515577, REGON: 020685873,
adres e-mail: ewa_zalewska@wp.pl
tel.: 519 331 178
2. Moje dane osobowe przetwarzane będą przez administratora danych osobowych w celu rekrutacji do Projektu pn. „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 w ramach Priorytetu nr FELU.08 Zwiększenie spójności społecznej, Działanie FELU.08.05 Usługi społeczne świadczone w społeczności lokalnej Umowy o dofinansowanie nr 226/FELU 08.05-IZ.00-0116/25-01 z dnia 24.10.2025 r.
3. Moje dane osobowe przetwarzane będą przez administratora danych osobowych na podstawie:
 - art. 6 ust. 1 lit. b) RODO w celu niezbędnym do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane



dotyczą przed rozpoczęciem uczestnictwa w Projekcie, mających na celu rekrutację do Projektu w charakterze Uczestnika/czki projektu, tj. weryfikacji i oceny złożonej przeze mnie dokumentacji rekrutacyjnej,

- art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze danych osobowych w związku z realizacją Projektu, w tym prowadzoną rekrutacją do Projektu projekcie „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną” tj. w szczególności przechowywania dokumentacji związanej z realizacją Projektu, w tym dokumentacji rekrutacyjnej oraz udostępniania jej podmiotom kontrolującym,
 - art. 9 ust. 2 lit. g) RODO – dane osobowe są niezbędne do realizacji Projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie realizacji Projektu i umową o dofinansowanie Projektu, w szczególności w związku z określaniem kwalifikowalności Kandydatów/ek Projektu, kontrolą prawidłowości realizacji Projektu, badaniem kwalifikowalności wydatków w Projekcie.
4. Odbiorcami moich danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja rekrutacyjna, w szczególności instytucje i podmioty uprawnione do przeprowadzania kontroli i audytów dotyczących realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej, w tym Instytucja Zarządzająca – Zarząd Województwa Lubelskiego w Lublinie oraz Instytucja Pośrednicząca – Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego w związku z określaniem kwalifikowalności uczestników/czek Projektu, badaniem kwalifikowalności wydatków w Projekcie, monitorowaniem, sprawozdawczością, komunikacją, ewaluacją, kontrolą i oraz działaniami promocyjnymi, a także w zakresie informowania o Projekcie do celów związanych z realizacją FEL 2021-2027, a także podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie i w imieniu administratora danych osobowych w celu świadczenia usług, np. usług teleinformatycznych takich jak hosting, dostarczanie lub utrzymanie systemów informatycznych, jak również inne podmioty upoważnione do otrzymania danych osobowych z mocy prawa.
 5. Moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
 6. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
 7. Moje dane osobowe będą przechowywane przez administratora przez okres pięciu lat od dnia 31 grudnia roku, w którym Instytucja Zarządzająca dokonała ostatniej płatności na rzecz administratora danych osobowych. Okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym, zostaje wstrzymywany w przypadku wszczęcia postępowania prawnego albo na wniosek Komisji.
 8. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do podjęcia działań mających na celu rekrutację do realizowanego przez administratora danych osobowych Projektu pn. projekcie „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną”. Brak podania przeze mnie danych osobowych uniemożliwi dokonanie ww. czynności.



9. Posiadam:

- na podstawie art. 15 RODO prawo żądania dostępu do danych osobowych mnie dotyczących oraz uzyskania ich kopii,
- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania (poprawiania) moich danych osobowych,
- na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora danych osobowych ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (prawo ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego),

- prawo żądania częściowego lub całkowitego usunięcia moich danych osobowych (prawo do bycia zapomnianym), jeżeli administrator danych osobowych nie ma już podstawy prawnej do ich przetwarzania lub dane nie są już niezbędne do celów przetwarzania z zastrzeżeniem postanowień art. 17 ust. 3 RODO. Aby skorzystać z praw wymienionych w tiret 1-4 powyżej, powinnam/powinienem skontaktować się, wykorzystując podane w niniejszej klauzuli dane kontaktowe, z administratorem danych osobowych lub inspektorem ochrony danych osobowych i poinformować go, z którego prawa i w jakim zakresie chcę skorzystać.

- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO.

.....

Data i miejscowość

.....

Czytelny podpis Kandydata/-ki^{5,6}

⁵ W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej opiekuna prawnego.

⁶ W przypadku braku możliwości uzyskania czytelnego podpisu od Kandydata/teki należy: wykonać tuszowy odcisk palca Kandydata/teki, a osoba będąca świadkiem tego zdarzenia udziela swojego czytelnego podpisu, a przy tuszowym odcisku odnotowuje imię i nazwisko Kandydata/teki.



Projekt pn.: „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz budżetu państwa w ramach regionalnego programu: Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, realizowany przez Sofia EuroInvest Magdalena Nowacka w partnerstwie z KREATOR ZMIAN Ewa Zalewska

.....dnia
(miejscowość)

.....
(pieczęć nagłówkowa)

ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadczam, że Pan(i)

(imię i nazwisko)

zamieszkały/ła.....

PESEL.....

1) w ciągu ostatnich 6 miesięcy **uzyskał(a)*** dochód:

- osoby samotnie gospodarującej w wysokości:zł (słownie:)
- rodziny, w przypadku osoby w rodzinie w wysokości:zł (słownie:)

2) w ciągu ostatnich 6 miesięcy **uzyskał(a)** dochód jednorazowy w wysokości:zł (słownie:.....)

wypłacony w miesiącur.

Zaświadczenie wydaje się na potrzeby uczestnictwa w projekcie pn.: „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki- sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz budżetu państwa w ramach regionalnego programu: Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, realizowanego przez Sofia EuroInvest Magdalena Nowacka w partnerstwie z KREATOR ZMIAN Ewa Zalewska.

.....
Data i miejscowość

.....
Podpis osoby wystawiającej zaświadczenie



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 4

Projekt pn.: „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz budżetu państwa w ramach regionalnego programu: Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, realizowany przez Sofia EuroInvest Magdalena Nowacka w partnerstwie z KREATOR ZMIAN Ewa Zalewska

Oświadczenie o niekorzystaniu z usług tożsamych do realizowanych w projekcie

Ja, niżej podpisana/y:

.....

(imię i nazwisko Kandydata/-ki)

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą **oświadczam, że przystępując do projektu „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną” nie korzystam/em i nie korzystałam/em z usług tożsamych do realizowanych w Projekcie tj. z usług opiekuńczych i asystenckich.**

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis Kandydata/-ki^{5,6}

⁵ W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej opiekuna prawnego.

⁶ W przypadku braku możliwości uzyskania czytelnego podpisu od Kandydata/tki należy: wykonać tuszowy odcisk palca Kandydata/tki, a osoba będąca świadkiem tego zdarzenia udziela swojego czytelnego podpisu, a przy tuszowym odcisku odnotowuje imię i nazwisko Kandydata/tk



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 5

Projekt pn.: „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz budżetu państwa w ramach regionalnego programu: Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, realizowany przez Sofia EuroInvest Magdalena Nowacka w partnerstwie z KREATOR ZMIAN Ewa Zalewska

Zaświadczenie lekarskie o potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Niniejszym zaświadczam, że Pan(i)
zam..... PESEL..... jest osobą
potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, tj. która ze względu na wiek, stan
zdrowia/niepętnosprawność⁷ wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego
wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

.....
Data i miejscowość

.....
Pieczątka i podpis lekarza



Projekt pn.: „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz budżetu państwa w ramach regionalnego programu: Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, realizowany przez Sofia EuroInvest Magdalena Nowacka w partnerstwie z KREATOR ZMIAN Ewa Zalewska

TEST PSYCHOLOGICZNY OKREŚLAJĄCY POZIOM MOTYWACJI DO WZIĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE

„Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną”

1. Jak ocenia Pan/i stopień samodzielności – proszę zaznaczyć krzyżykiem w odpowiednim polu? (w skali od 1- bardzo niski do 5– bardzo wysoki)

1	2	3	4	5

2. Co skłoniło Pana/nią do wzięcia udziału w Projekcie? Proszę zaznaczyć tylko 3 możliwości:

- Bezpłatne wsparcie,
- Poprawa dobrostanu psychicznego,
- Wsparcie przy wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego,
- Pobudzenie aktywności oraz pomoc w zaspokajaniu potrzeb,
- Wspomaganie komunikacji i załatwianie spraw urzędowych,
- Ułatwienie życia osobom z niepełnosprawnościami,
- Integrowanie się ze społeczeństwem,
- Pomoc w poruszaniu się po mieście/wsi i korzystanie ze środków transportu,
- Towarzystwo w kontaktach społecznych i udział w wydarzeniach kulturalnych,
- Wspólne spędzanie czasu wolnego w celu rozwoju zainteresowań,
- Diagnoza warunków życia osobom z niepełnosprawnościami,
- Pomoc w usuwaniu wszelkiego typu barier (psychologicznych, społecznych, architektonicznych, komunikacyjnych),
- Realizacja wsparcia w miejscu zamieszkania, w moim środowisku,
- Nawiazywanie nowych kontaktów.



3. Jakie są Pana/i oczekiwania w związku z udziałem w Projekcie?

.....
.....

4. Inne dodatkowe uwarunkowania które Pan/i zdaniem są argumentem przemawiającym za Pana/i udziałem w Projekcie?

.....
.....
.....

5. Jak ocenia Pan/i poziom motywacji do podjęcia udziału w projekcie? (w skali od 1- bardzo niski do 5 – bardzo wysoki)

1	2	3	4	5

6. Czy udział w Projekcie zwiększy Pana/i szanse na poprawę Pana/i sytuacji? (w skali od 1- nie zwiększy do 5 – bardzo zwiększy)

1	2	3	4	5

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis Kandydata/-ki^{5,6}

⁷ Niepotrzebne skreślić.



Projekt pn.: „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz budżetu państwa w ramach regionalnego programu:

Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, realizowany przez Sofia EuroInvest Magdalena Nowacka w partnerstwie z

KREATOR ZMIAN Ewa Zalewska

Karta oceny zdrowia psycho – fizycznego

Imię i nazwisko Kandydata/ki	
Nr PESEL	
Adres zamieszkania	
Imię i nazwisko asystenta przeprowadzającego ocenę	
Ocena zdrowia psycho – fizycznego Kandydata/ki	
Data	
Podpis Kandydata/ki	
Podpis asystenta	



Projekt pn.: „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki- sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz budżetu państwa w ramach regionalnego programu: Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, realizowany przez Sofia EuroInvest Magdalena Nowacka w partnerstwie z KREATOR ZMIAN Ewa Zalewska

FORMULARZ REKRUTACYJNY – CZĘŚĆ B DLA OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH

Przed wypełnieniem formularza rekrutacyjnego prosimy o zapoznanie się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

„Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną”

Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego (wypełnia Personel Projektu)					
Data		Godzina		Numer	DDP/_____
Liczba uzyskanych punktów wg. Kryterium rekrutacji (wypełnia Personel Projektu)					

Wnioskuje o objęcie wsparciem:	<input type="checkbox"/> szkolenie dla Opiekuna faktycznego (grupa 3)
--------------------------------	--

1. Dane personalne Kandydata/-ki do Projektu:										
Imię										
Nazwisko										
Telefon										
Adres e-mail										
PESEL										
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta				wiek					
	<input type="checkbox"/> Mężczyzna									
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa- obywatele kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju spoza UE									
2. Adres zamieszkania Kandydata/-ki										



Województwo			
Powiat		Gmina	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Ulica			
Nr budynku		Nr lokalu	

3. Wykształcenie Kandydata/ki:

ISCED 0-Brak	<input type="checkbox"/>	ISCED 2 Gimnazjalne	<input type="checkbox"/>	ISCED 4 Policealne	<input type="checkbox"/>
ISCED 1 Podstawowe	<input type="checkbox"/>	ISCED 3 Ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/>	ISCED 5-8 Wyższe	<input type="checkbox"/>

4. Status na rynku pracy Kandydata/-ki w chwili przystąpienia do projektu (należy wybrać jedną odpowiedź):

<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne (np. emeryci, renciści)	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca: <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą



- osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
- osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
- osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
- osoba pracująca na uczelni
- osoba pracująca w instytucie naukowym
- osoba pracująca w instytucie badawczym
- osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
- osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
- osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
- osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
- Inne

5. Szczególna sytuacja Kandydata/ki:

Osoba obcego pochodzenia

(Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów).

NIE

TAK

Osoba z państwa trzeciego

(Osoba, która jest obywatelem krajów spoza UE) Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: kserokopie zaświadczenia o nadaniu nr PESEL/ karta pobytu (czasowego, stałego lub rezydenta długoterminowego UE)

NIE

TAK

Rodzaj dokumentu:

- Dowód osobisty
- Paszport
- Inny, jaki.....

Numer dokumentu:

Data ważności dokumentu/data



	wydania dokumentu:/.....
<p><u>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)</u></p> <p><i>(Mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska).</i></p>	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<p><u>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</u></p>	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
<p><u>Osoba z niepełnosprawnościami, w tym stopień:</u></p>	<input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

6. Kryteria rekrutacji FORMALNE:	
Oświadczam, że jestem:	
<p>Oświadczam, że jestem opiekunem faktycznym/nieformalnym</p> <p>.....</p> <p>(Imię i nazwisko osoby, której jestem opiekunem faktycznym)</p> <p>i zgadzam się na odbycie szkolenia</p>	<input type="checkbox"/> TAK

FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB		<u>Nie zgłaszam</u> specjalnych potrzeb lub <u>nie dotyczy</u>
Rodzaj potrzeby	Proszę opisać potrzebę	



Dostosowanie przestrzeni z uwagi na ograniczenia ruchowe:		<input type="checkbox"/>
Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów projektowych/szkoleniowych:		
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie :		
Zapewnienie tłumacza języka migowego:		
Inne:		

FORMULARZ ZGŁOSZENIA POTRZEB DLA OSÓB OBCEGO POCHODZENIA		<u>Nie zgłaszam</u> potrzeb lub <u>nie dotyczy</u>
Proszę wpisać potrzeby związane z posiadaniem obcego pochodzenia (np. pomoc z językiem polskim):		<input type="checkbox"/>

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis Kandydata/ki –
Opiekuna faktycznego

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań
OŚWIADCZAM, że:

1. zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną” oraz dokumentacją projektową i spełniam wszystkie określone w nim warunki uczestnictwa oraz zobowiązuję się do przestrzegania ich zapisów;
2. zapoznałem/-am się z kryteriami kwalifikacji do udziału w projekcie oraz zasadami rekrutacji i udziału w projekcie „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki- sieć usług opiekuńczych,



asystenckich i wspierających społeczność lokalną” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie, które akceptuję;

3. zostałam/-am poinformowana, że Projekt pt. „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną” realizowany przez Sofia EuroInvest Magdalena Nowacka w partnerstwie z KREATOR ZMIAN Ewa Zalewska i jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027;
4. dane osobowe podane przeze mnie w związku z ubieganiem się o udział w Projekcie są prawdziwe;
5. wszystkie dokumenty rekrutacyjne w tym załączniki co do treści i informacji w nich zawartych są aktualne na dzień składania formularza rekrutacyjnego Beneficjenta Projektu;
6. jeżeli w trakcie mojego udziału w projekcie wystąpią okoliczności powodujące zmianę mojego statusu lub inne czynniki, prowadzące w konsekwencji do niekwalifikowania mnie do dalszego udziału w projekcie, poinformuję o tym zdarzeniu Beneficjenta Projektu;
7. wyrażam zgodę na wykorzystywanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacyjnych, udzielenia wsparcia oraz kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach projektu pn. „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną” realizowanego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. 2018 poz. 1000, z późn. zm.).

.....
Data i miejscowość

.....
*Czytelny podpis Kandydata/ki –
Opiekuna faktycznego*

Załączniki do Formularza rekrutacyjnego:

- 1. Załącznik nr 1 - Klauzula RODO (obowiązkowo)**
- 2. Załącznik nr 2 – Test psychologiczny dla Kandydata (obowiązkowa)**
- 3. Załącznik nr 3 - Oświadczenie o dochodach (jeśli dotyczy)**



**Klauzula informacyjna w zakresie przetwarzania danych osobowych
dla osób ubiegających się o udział w Projekcie pn.:**

**„Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających
społeczność lokalną”**

Obowiązek informacyjny realizowany zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 z późn. zm.), dalej „RODO”.

W związku z ubieganiem się o udział w Projekcie pn.: „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki- sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną” przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych wskazanych w formularzu rekrutacyjnym do projektu projekcie „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki- sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 w ramach Priorytetu nr FELU.08 Zwiększenie spójności społecznej, Działanie FELU.08.05 Usługi społeczne świadczone w społeczności lokalnej Umowy o dofinansowanie nr 226/FELU 08.05-IZ.00-0116/25-01 zawartej, zwanego dalej Projektem oraz danych osobowych znajdujących się w dokumentach załączonych do ww. formularza rekrutacyjnego są:
 - **Sofia EuroInvest Magdalena Nowacka** ul. Nadbystrzycka 189B/27, 20-506 Lublin
NIP: 5641486476, REGON: 110257219,
adres e-mail: magda.nowacka@onet.com.pl
tel.: 507 129 547
 - **KREATOR ZMIAN Ewa Zalewska** ul. Rolna 4, 58-260 Bielawa
NIP:8821515577, REGON: 020685873,
adres e-mail: ewa_zalewska@wp.pl
tel.: 519 331 178
2. Moje dane osobowe przetwarzane będą przez administratora danych osobowych w celu rekrutacji do Projektu pn. „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 w ramach Priorytetu nr FELU.08 Zwiększenie spójności społecznej, Działanie FELU.08.05 Usługi społeczne świadczone w społeczności lokalnej Umowy o dofinansowanie nr 226/FELU 08.05-IZ.00-0116/25-01 z dnia 24.10.2025 r.
3. Moje dane osobowe przetwarzane będą przez administratora danych osobowych na podstawie:



- art. 6 ust. 1 lit. b) RODO w celu niezbędnym do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą przed rozpoczęciem uczestnictwa w Projekcie, mających na celu rekrutację do Projektu w charakterze Uczestnika/czki projektu, tj. weryfikacji i oceny złożonej przeze mnie dokumentacji rekrutacyjnej,
 - art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze danych osobowych w związku z realizacją Projektu, w tym prowadzoną rekrutacją do Projektu projekcie „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną” tj. w szczególności przechowywania dokumentacji związanej z realizacją Projektu, w tym dokumentacji rekrutacyjnej oraz udostępniania jej podmiotom kontrolującym,
 - art. 9 ust. 2 lit. g) RODO – dane osobowe są niezbędne do realizacji Projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie realizacji Projektu i umową o dofinansowanie Projektu, w szczególności w związku z określaniem kwalifikowalności Kandydatów/ek Projektu, kontrolą prawidłowości realizacji Projektu, badaniem kwalifikowalności wydatków w Projekcie.
4. Odbiorcami moich danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja rekrutacyjna, w szczególności instytucje i podmioty uprawnione do przeprowadzania kontroli i audytów dotyczących realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej, w tym Instytucja Zarządzająca – Zarząd Województwa Lubelskiego w Lublinie oraz Instytucja Pośrednicząca – Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego w związku z określaniem kwalifikowalności uczestników/czek Projektu, badaniem kwalifikowalności wydatków w Projekcie, monitorowaniem, sprawozdawczością, komunikacją, ewaluacją, kontrolą i oraz działaniami promocyjnymi, a także w zakresie informowania o Projekcie do celów związanych z realizacją FEL 2021-2027, a także podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie i w imieniu administratora danych osobowych w celu świadczenia usług, np. usług teleinformatycznych takich jak hosting, dostarczanie lub utrzymanie systemów informatycznych, jak również inne podmioty upoważnione do otrzymania danych osobowych z mocy prawa.
 5. Moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
 6. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
 7. Moje dane osobowe będą przechowywane przez administratora przez okres pięciu lat od dnia 31 grudnia roku, w którym Instytucja Zarządzająca dokonała ostatniej płatności na rzecz administratora danych osobowych. Okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym, zostaje wstrzymany w przypadku wszczęcia postępowania prawnego albo na wniosek Komisji.
 8. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do podjęcia działań mających na celu rekrutację do realizowanego przez administratora danych osobowych Projektu pn. projekcie „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną”. Brak podania przeze mnie danych



osobowych uniemożliwi dokonanie ww. czynności.

9. Posiadam:

- na podstawie art. 15 RODO prawo żądania dostępu do danych osobowych mnie dotyczących oraz uzyskania ich kopii,
- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania (poprawiania) moich danych osobowych,
- na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora danych osobowych ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (prawo ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego),

- prawo żądania częściowego lub całkowitego usunięcia moich danych osobowych (prawo do bycia zapomnianym), jeżeli administrator danych osobowych nie ma już podstawy prawnej do ich przetwarzania lub dane nie są już niezbędne do celów przetwarzania z zastrzeżeniem postanowień art. 17 ust. 3 RODO. Aby skorzystać z praw wymienionych w tiret 1-4 powyżej, powinnam/powinienem skontaktować się, wykorzystując podane w niniejszej klauzuli dane kontaktowe, z administratorem danych osobowych lub inspektorem ochrony danych osobowych i poinformować go, z którego prawa i w jakim zakresie chcę skorzystać.

- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO.

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis Kandydata/ki –

Opiekuna faktycznego



Projekt pn.: „Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz budżetu państwa w ramach regionalnego programu: Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, realizowany przez Sofia EuroInvest Magdalena Nowacka w partnerstwie z KREATOR ZMIAN Ewa Zalewska

TEST PSYCHOLOGICZNY OKREŚLAJĄCY POZIOM MOTYWACJI DO WZIĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE

„Krasnostawski Zdrowy Dzienny Dom Opieki - sieć usług opiekuńczych, asystenckich i wspierających społeczność lokalną”

1. Jak ocenia Pan/i stopień samodzielności – proszę zaznaczyć krzyżykiem w odpowiednim polu? (w skali od 1- bardzo niski do 5– bardzo wysoki)

1	2	3	4	5

2. Co skłoniło Pana/nią do wzięcia udziału w Projekcie? Proszę zaznaczyć tylko 3 możliwości:

- Bezpłatne wsparcie,
- Pomoc przy wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego dla osoby, którą się opiekuję,
- Pobudzenie aktywności oraz pomoc w zaspokajaniu potrzeb osoby, którą się opiekuję,
- Wspomaganie w komunikacji i załatwianiu spraw urzędowych osoby, którą się opiekuję,
- Ułatwienie życia osoby, którą się opiekuję,
- Integrowanie się ze społeczeństwem, osoby, którą się opiekuję,
- Pomoc w poruszaniu się po mieście/wsi i korzystanie ze środków transportu osobie, którą się opiekuję,
- Towarzystwo w kontaktach społecznych i udział w wydarzeniach kulturalnych dla osoby, którą się opiekuję,
- Wspólne spędzanie czasu wolnego w celu rozwoju zainteresowań z osobą, którą się



opiekuję,

- Diagnostyka warunków życia osoby, którą się opiekuję,
- Pomoc w usuwaniu wszelkiego typu barier (psychologicznych, społecznych, architektonicznych, komunikacyjnych) dla osoby, którą się opiekuję,
- Realizacja wsparcia w miejscu zamieszkania, w środowisku osoby, którą się opiekuję,
- Nawiązywanie nowych kontaktów,
- Wzięcie udziału w szkoleniu.

3. Jakie są Pana/i oczekiwania w związku z udziałem w Projekcie?

.....

.....

4. Inne dodatkowe uwarunkowania które Pan/i zdaniem są argumentem przemawiającym za Pana/i udziałem w Projekcie?

.....

.....

.....

5. Jak ocenia Pan/i poziom motywacji do podjęcia udziału w projekcie? (w skali od 1- bardzo niski do 5 – bardzo wysoki)

1	2	3	4	5

6. Czy udział w Projekcie zwiększy Pana/i szanse na poprawę Pana/i sytuacji? (w skali od 1- nie zwiększy do 5 – bardzo zwiększy)

1	2	3	4	5



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



 **lubelskie**
Smakuj życie!

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis Kandydata/ki –

Opiekuna faktycznego