



Fundusze Europejskie
dla Podkarpacia

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODKARPACKIE
przestrzeń otwarta

Załącznik 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Data wpływu:	Osoba przyjmująca formularz
Liczba przyznanych punktów	Forma wsparcia o którą ubiega się Kandydat/Kandydatka <input type="checkbox"/> usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania <input type="checkbox"/> usługi asystenckie w miejscu zamieszkania

Tytuł projektu: „Zaopiekowani – rozwój usług społecznych w gminie Ropczyce”

Numer umowy: FEPK.07.18-IP.01-0051/23-00

Priorytet: FEPK.07.00 Kapitał ludzki gotowy do zmian

Nr działania: FEPK.07.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej

Okres realizacji projektu: 01.06.2024 r. - 31.12.2025 r.

I. DANE OSOBOWE

1. PŁEĆ - proszę wstawić X kobieta mężczyzna

IMIĘ (IMIONA)

NAZWISKO

DATA I MIEJSCE URODZENIA

PESEL

WIEK

NR DOWODU OSOBISTEGO

STAN CYWILNY

OBYWATELSTWO

2. WYKSZTAŁCENIE - proszę wstawić

niższe niż podstawowe¹

podstawowe²

gimnazjalne³

ponadgimnazjalne, w tym zasadnicze zawodowe/średnie* (właściwe podkreślić)⁴

pomaturalne⁵

wyższe⁶

1(ISCED 0) (brak formalnego wykształcenia)

2(ISCED 1)(kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)

3(ISCED2)(kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)

4(ISCED 3)(kształcenie zakończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)

5(ISCED 4)(kształcenie ukończone na poziomie wyższym, niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)

6(ISCED 5-8) (pełne i ukonczone wykształceniem na poziomie wyższym)



Fundusze Europejskie
dla Podkarpacia

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODKARPACKIE
przestrzeń otwarta

3. MIEJSCE ZAMIESZKANIA NA TERENIE GMINY ROPCZYCE (w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego – miejsce z zamiarem stałego pobytu) – proszę wstawić X

tak nie

ADRES ZAMIESZKANIA:

obszar zamieszkania (wg stopnia urbanizacji DEGURBA): miejski wiejski

kraj:

województwo:

powiat:

gmina:

miejsowość:

kod pocztowy:

ul.

nr domu nr mieszkania

telefon kontaktowy

adres poczty elektronicznej

ADRES ZAMELDOWANIA (*proszę wypełnić jeżeli dane są inne niż adres zamieszkania*):

województwo:

powiat:

gmina:

miejsowość:

kod pocztowy:

ul.

nr domu nr mieszkania

telefon kontaktowy

adres poczty elektronicznej

II. ZAKRES WSPARCIA

1. JESTEM UCZESTNIKIEM INDYWIDUALNYM tak nie

2. JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI:

tak⁷ nie odmowa odpowiedzi

Jeśli tak proszę wpisać stopień

⁷Zgodnie z zapisami Regulaminu należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności



Fundusze Europejskie
dla Podkarpacia

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODKARPACKIE
przestrzeń otwarta

3. Jakie dodatkowe usprawnienia mamy zapewnić, żeby Pan/Pani czuł/a się komfortowo? (proszę zaznaczyć właściwe

- tłumacz polskiego języka migowego,
- asystent,
- inne (np. sprzęty rehabilitacyjne)

.....
 nie potrzebuję dodatkowych usprawnień

4. Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu⁸

- TAK NIE

5. Jestem osobą potrzebującą wsparcia z zakresu usług(właściwe wybrać)

- Asystenckich Opiekuńczych

6. Korzystam z usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania

- TAK NIE

Jeśli TAK to w jakim zakresie:

.....
.....

Podmiot świadczący usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania

.....

7. Korzystałem/am w latach poprzednich z usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania

- TAK NIE

Jeśli TAK to w jakim zakresie:

.....
.....

Podmiot świadczący usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania

.....

Rok/lata świadczenia usługi opiekuńczej w miejscu zamieszkania

.....

8. Korzystam z usług asystenckich w miejscu zamieszkania

- TAK NIE

Jeśli TAK to w jakim zakresie:

⁸ Zgodnie z zapisami Regulaminu należy dołączyć zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza stwierdzającego, iż z uwagi na stan zdrowia lub niepełnosprawność osoba potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

.....
.....
Podmiot świadczący usługi asystenckie w miejscu zamieszkania
.....

9. Korzystałem/am w latach poprzednich z usług asystenckich w miejscu zamieszkania

TAK NIE

Jeśli TAK to w jakim zakresie:
.....
.....

Podmiot świadczący usługi asystenckie w miejscu zamieszkania
.....

Rok/lata świadczenia usługi asystenckiej w miejscu zamieszkania
.....

III. KRYTERIA PREMIUJĄCE

Oświadczam, że (odpowiednie zaznaczyć X):	
<input type="checkbox"/> Jestem osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności	3 punkty
<input type="checkbox"/> Jestem osobą z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności	2 punkty
<input type="checkbox"/> Jestem osobą z lekkim stopniem niepełnosprawności	1 punkt
<input type="checkbox"/> Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną	3 punkty
<input type="checkbox"/> Jestem osobą z chorobami psychicznymi	3 punkty
<input type="checkbox"/> Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną	3 punkty
<input type="checkbox"/> Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	3 punkty
<input type="checkbox"/> Jestem osobą korzystającą z programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa ⁹	4 punkty
<input type="checkbox"/> Jestem osobą zamieszkującą samotnie ¹⁰	3 punkty
ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW PREMIUJĄCYCH	

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych, oświadczam, że dane podane w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.

.....
Data i podpis Kandydata/Kandydatki

11. W załączeniu przedkładam (właściwe zaznaczyć X):

- kserokopia dowodu osobistego /dowód osobisty do wglądu* (*właściwe podkreślić)
- kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności
- zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego
- zaświadczenie lekarskie dot. schorzeń, w tym zaburzeń psychicznych
- oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz rozpowszechniania wizerunku
- oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
- oświadczenie o miejscu zamieszkania
- oświadczenie o niekorzystaniu z tożsamych usług

⁹ Zgodnie z Regulaminem. Należy dołączyć zaświadczenie z instytucji udzielającej wsparcia

¹⁰ Zgodnie z Regulaminem należy złożyć oświadczenie



Fundusze Europejskie
dla Podkarpacia

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODKARPACKIE
przestrzeń otwarta

- oświadczenie o samotnym zamieszkiwaniu
- oświadczenie dot. danych wrażliwych
- inne

Kserokopie ww. dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 8 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym. Przyjmuję do wiadomości, że przedłożenie nieprawdziwego oświadczenia/zaświadczenia lub podanie danych w Formularzu rekrutacyjnym niezgodnych ze stanem faktycznym będzie skutkowało wykluczeniem z Projektu oraz zostanie potraktowane jako próba wyłudzenia środków finansowych i będzie podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.

Oświadczam, że wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez administratora danych - Kierownika MGOPS w Ropczycach zgodnie z Rozporządzeniem 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 do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta projektu z obowiązków sprawozdawczych wobec Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Rzeszowie oraz na potrzeby rekrutacji oraz sprawozdawczości prowadzonej przez MGOPS w Ropczycach ul. Krótka 1 39-100 Ropczyce. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości, pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel. Dotyczy wszelkich zdjęć, nagrań itp. z moim udziałem wykonanych na zlecenie i/lub przez Gminę Ropczyce/ Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ropczycach.

.....
Miejscowość, data

.....
Data i podpis Kandydata/Kandydatki



Fundusze Europejskie
dla Podkarpacia

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODKARPACKIE
przestrzeń otwarta

Oświadczam, że:

1. samodzielnie z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „*Zaopiekowani - rozwój usług społecznych w gminie Ropczyce*” organizowanym przez Gminę Ropczyce/ Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ropczycach.
2. w oparciu o Ustawę z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2022 poz. 2509 z późn. zm.) wyrażam zgodę na nieodpłatne używanie, utrwalanie, powielanie, wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi przez Gminę Ropczyce/MGOPS w Ropczycach dla celów działań informacyjno - promocyjnych związanych z realizacją Projektu. Niniejsza zgoda nie jest ograniczona ani czasowo, ani terytorialnie, obejmuje wszelkie formy publikacji (m. in. plakaty, ulotki, drukowane materiały informacyjne, spoty telewizyjne) włączając w to publikacje w prasie, na stronach internetowych. Mój wizerunek/głos /wypowiedzi mogą być użyte do różnego rodzaju form elektronicznego przetwarzania obrazu, kadrowania i kompozycji bez akceptacji produktu końcowego, lecz nie w formach obraźliwych lub ogólnie uznanych za nieetyczne. Dotyczy to wszelkich nagrań, zdjęć itp. z moim udziałem wykonanych na zlecenie i/lub przez Gminę Ropczyce/MGOPS w Ropczycach. Zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń w tym również o wynagrodzenie względem Beneficjenta, o których mowa powyżej, z tytułu wykorzystania mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi na potrzeby jak w oświadczeniu.
3. jestem pełnoletni/a i nieograniczony/a w zdolności do czynności prawnych oraz że zapoznałem/am się z powyższą treścią i w pełni ją rozumiem.
4. zapoznałem/zam się z poniższą klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych:

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Ropczycach ul. Krótka 1 39-100 Ropczyce, zwany dalej Administratorem. Kontakt do Administratora: 17 218494 mgopsropczyce@mgopsropczyce.eu. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych: e-mail parysa@ropczce.eu. Dane będą przetwarzane w celu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „*Zaopiekowani - rozwój usług społecznych w gminie Ropczyce*” na podstawie udzielonej zgody.

Podstawa prawna do przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. C i art 9 ust. 2 lit g RODO w związku z realizacją zadań wynikających m.in. z :

- 1) rozporządzenia ogólnego
- 2) rozporządzenia nr 2021/1057
- 3) ustawy wdrożeniowej



Fundusze Europejskie
dla Podkarpacia

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODKARPACKIE
przestrzeń otwarta

Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do udzielenia wsparcia w ramach projektu „Zaopiekowani – rozwój usług społecznych w gminie Ropczyce” ze względu na wymogi prawne nałożone na Administratora, w tym m.in. konieczność prowadzenia dokumentacji projektowej, przeprowadzenie rekrutacji. Odmowa podania danych może skutkować niemożnością wzięcia udziału w rekrutacji. Pana/Pani dane mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa np. Instytucji Pośredniczącej lub innym podmiotom audytorskim weryfikującym realizację projektu. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od dnia 31 grudnia roku, w którym Instytucja Pośrednicząca dokonała ostatniej płatności na rzecz Beneficjenta. Okres, w którym mowa w zdaniu wyżej zostaje wstrzymywany w przypadku wszczęcia postępowania prawnego albo na wniosek Komisji. Ma Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani przez Administratora narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.

5. Zobowiązuję się do przekazania w terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie MGOPS w Ropczycach informacji dotyczących mojej sytuacji po zakończeniu udziału w Projekcie (zgodnie z zakresem wskazanym przez MGOPS w Ropczycach)

6. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Priorytetu 7 Kapitał ludzki gotowy do zmian Działanie FEPK.07.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027,

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Data i podpis Kandydata/Kandydatki



Fundusze Europejskie
dla Podkarpacia

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODKARPACKIE
przestrzeń otwarta

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a
zam.
PESEL

oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „*Zaopiekowani - rozwój usług społecznych w gminie Ropczyce*” realizowanym przez Gminę Ropczyce/Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ropczycach oraz w pełni akceptuję jego treść oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie

.....
Miejscowość i data

.....
Data i podpis Kandydata/Kandydatki

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a
zam.
PESEL

oświadczam, że na dzień złożenia formularza rekrutacyjnego do projektu „*Zaopiekowani - rozwój usług społecznych w gminie Ropczyce*” realizowanego przez Gminę Ropczyce/Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ropczycach, że zamieszkuję na terenie gminy Ropczyce w województwie podkarpackim.

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą na podstawie art. 233 kodeksu karnego.

.....
Miejscowość i data

.....
Data i podpis Kandydata/Kandydatki



Fundusze Europejskie
dla Podkarpacia

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODKARPACKIE
przestrzeń otwarta

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

zam.

PESEL

oświadczam, że na dzień złożenia formularza rekrutacyjnego do projektu „*Zaopiekowani - rozwój usług społecznych w gminie Ropczyce*” realizowanego przez Gminę Ropczyce/Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ropczycach

- korzystałem(am)/nie korzystałem(am)* z usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania
- korzystałem(am)/nie korzystałem(am)* z usług asystenckich w miejscu zamieszkania
- nie korzystam/korzystam* z usług opiekuńczych i/lub asystenckich, ale w innym zakresie niż te, o które ubiegam się w ramach Projektu

* właściwe podkreślić

.....

Miejscowość i data

.....

Data i podpis Kandydata/Kandydatki

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/podpisana

zam.

PESEL

oświadczam, że na dzień złożenia formularza rekrutacyjnego do projektu „*Zaopiekowani - rozwój usług społecznych w gminie Ropczyce*” realizowanego przez Gminę Ropczyce/Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ropczycach (*proszę wstawić X*):

- mieszkam samotnie
- nie mieszkam samotnie

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą na podstawie art. 233 kodeksu karnego.

.....

Miejscowość, data

.....

Data i podpis Kandydata/Kandydatki



OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a
zam.

oświadczam, że w związku z przystąpieniem do projektu „*Zaopiekowani – rozwój usług społecznych w Gminie Ropczyce*” zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (m. in. niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania

w niekorzystnej sytuacji społecznej).

W związku z powyższym oświadczam:

STATUS KANDYDATA /KANDYDATKI NA DZIEŃ SKŁADANIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO (proszę zaznaczyć „x”)

1	Jestem osobą należącą do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanej takiej jak Romowie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
2	Jestem osobą obcego pochodzenia, tj. cudzoziemcem, osobą która nie posiada obywatelstwa polskiego, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
3	Jestem osobą pochodzącą z krajów trzeciego świata, tj. obywatelem kraju spoza UE lub bezpaństwowcem lub osobą bez ustalonego obywatelstwa	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
4	Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
5	Jestem osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

.....
Miejscowość, data

.....
Data i podpis Kandydata/Kandydatki