



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

Projekt „Tomaszowskie Centrum Usług Środowiskowych” nr FELD.07.09-IP.01-0005/23
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus
w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

FORMULARZ REKRUTACYJNY

- Osoby zainteresowane udziałem w projekcie pn. „Tomaszowie Centrum Usług Środowiskowych” (dalej: projekt) zobowiązane są do złożenia kompletu dokumentów rekrutacyjnych: Formularza rekrutacyjnego wraz z wymaganymi załącznikami.
- Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny, drukowanymi literami. Każdy punkt formularza musi być wypełniony. Oryginał Formularza rekrutacyjnego nie podlega zwrotowi.
- Dokumenty rekrutacyjne należy złożyć osobiście, za pośrednictwem osoby upoważnionej/pracownika socjalnego, pocztą tradycyjną lub kurierem w Biurze projektu mieszczącym się w siedzibie Realizatora projektu, którym jest **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Tomaszowie Mazowieckim, ul. Cekonowska 5, 97-200 Tomaszów Mazowiecki**, tel. 44 723 34 89 lub u Partnerów projektu, tj.:
 - Powiat Tomaszowski/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Św. Antoniego 41, pok. 30, 97-200 Tomaszów Mazowiecki,
 - Fundacja Dwa Skrzydła, ul. Św. Antoniego 97 lub ul. Niska 81, 97-200 Tomaszów Mazowiecki,
 - Centrum Promocji i Rozwoju Inicjatyw Obywatelskich OPUS – Punkt informacyjny w Tomaszowie Mazowieckim, ul. P.O.W. 17, lok. 215A, 97-200 Tomaszów Mazowiecki.
- Kandydat do projektu składając dokumenty rekrutacyjne jednocześnie wyraża zgodę na przeprowadzenie indywidualnej oceny jego sytuacji dokonywanej przez upoważnione i wykwalifikowane w niniejszym zakresie osoby, tak aby udzielone wsparcie było dostosowane do jego indywidualnych potrzeb, potencjału i osobistych preferencji, które będą oceniane na etapie rekrutacji i będą podlegać stałemu monitoringowi i bieżącej aktualizacji.
- Realizator projektu zastrzega, iż wypełnienie i złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z przyjęciem do udziału w projekcie. O zakwalifikowaniu do projektu kandydat zostanie poinformowany.
- Wszelkie informacje dotyczące projektu „Tomaszowskie Centrum Usług Środowiskowych” można uzyskać pod numerem telefonu 44 723 34 89, w Biurze projektu, u Partnerów projektu oraz na stronie internetowej pod adresem: www.mopstomaszow.naszops.pl w zakładce „Projekt Tomaszowskie Centrum Usług Środowiskowych”.

INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU

Dane osobowe										
Imię										
Nazwisko										
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna				
PESEL										
Dane kontaktowe (telefon, mail)										
Adres zamieszkania										
Ulica										
Nr domu					Nr lokalu					

Miejscowość			
Gmina			
Kod pocztowy		Powiat	
Województwo			
Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)			

Oczekiwane wsparcie w ramach projektu	
Jestem zainteresowany wsparciem oferowanym w projekcie w postaci (zaznaczyć właściwe):	
<input type="checkbox"/> Dziennego Domu Pomocy <input type="checkbox"/> Klubu Seniora <input type="checkbox"/> usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania <input type="checkbox"/> specjalistycznych usług opiekuńczych <input type="checkbox"/> usług asystenckich (asystent osobisty osoby niepełnosprawnej) <input type="checkbox"/> mieszkań wspomaganych	
wraz ze wsparciem towarzyszącym w postaci (<i>wsparcie dodatkowe do wyżej wymienionego, nie realizowane samodzielnie</i>):	
<input type="checkbox"/> wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego <input type="checkbox"/> wypożyczalni sprzętu pomocowego <input type="checkbox"/> posiłków dowożonych <input type="checkbox"/> poradnictwa psychologicznego <input type="checkbox"/> punktu informacyjnego (<i>wsparcie skierowane również do osób z otoczenia</i>)	

Oświadczenie dotyczące przynależności do grupy docelowej	
Oświadczam, że spełniam następujące kryteria formalne uprawniające mnie do udziału w projekcie tj.:	
<input type="checkbox"/> jestem osobą fizyczną zamieszkującą, pracującą, uczącą się na terenie powiatu tomaszowskiego w województwie łódzkim (w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego), <input type="checkbox"/> jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ¹ (w tym z powodu wieku, stanu zdrowia, niepełnosprawności ²), co jest potwierdzone odpowiednim dokumentem <input type="checkbox"/> jestem osobą stanowiącą otoczenie ww. osoby w szczególności rodziną sprawującą opiekę nad seniorami, osobami z niepełnosprawnościami i innymi osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	
Oświadczenie dotyczące spełnienia kryteriów preferencyjnych	
Oświadczam, że jako osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:	
<input type="checkbox"/> spełniam <input type="checkbox"/> nie spełniam	
minimum jeden z poniższych kryteriów preferencyjnych dla osób:	
<ul style="list-style-type: none"> - o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, - z niepełnosprawnością sprzężoną³, - z chorobami psychicznymi, - z niepełnosprawnością intelektualną, - z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10), - korzystających z programu FE PŻ⁴, - zamieszkujących samotnie. 	

Pozostałe oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem projektu „Tomaszowskie Centrum Usług Środowiskowych” nr FELD.07.09-IP.01-0005/23 i nie zgłaszam do niego zastrzeżeń, jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień.
2. Dobrowolnie deklaruję swój udział w projekcie „Tomaszowskie Centrum Usług Środowiskowych”.
3. Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych przez Realizatora projektu oraz Partnerów projektu wyłącznie w celu realizacji procesu rekrutacji i zakwalifikowania mnie do projektu, monitoringu i ewaluacji. Jestem świadomy, iż podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości wzięcia udziału w procesie rekrutacji do projektu.

ZAŁĄCZNIKI*

Z niniejszym Formularzem rekrutacyjnym składam poniższe załączniki (zaznaczyć właściwe):

1. dokumenty wynikające z kryteriów formalnych uprawniających do udziału w projekcie, potwierdzające fakt, że:
 - a. zamieszkuje na terenie powiatu tomaszowskiego w województwie łódzkim:
 - wywiad środowiskowy
 - zaświadczenie
 - b. uczy się na terenie powiatu tomaszowskiego w województwie łódzkim:
 - legitymacja szkolna, studencka
 - inne, jakie?
 - c. pracuje na terenie powiatu tomaszowskiego w województwie łódzkim:
 - zaświadczenie od pracodawcy
 - inne, jakie?
2. w przypadku osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (minimum jeden z niżej wymienionych):
 - zaświadczenie lekarskie,
 - orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,
 - wywiad środowiskowy,
 - zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej,
 - ocena potrzeby wsparcia,
 - ocena wg. skali funkcjonowania codziennego (skala Lawtona, skala Katza i skala Barthel);
3. w przypadku osób z otoczenia (minimum jeden z niżej wymienionych):
 - wywiad środowiskowy,
 - oświadczenie.

Pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że podane przeze mnie w Formularzu rekrutacyjnym dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Miejscowość i data

Czytelny podpis kandydata lub opiekuna prawnego

WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU

Podpis osoby przyjmującej formularz			
OCENA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO			
Kandydat/-ka spełnia kryteria formalne kwalifikujące go do udziału w projekcie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Kandydat/-ka spełnia kryteria preferencyjne określone w projekcie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Podpisy osób z Kadry projektu oceniających Formularz rekrutacyjny			

¹ **osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** – osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

² **osoba z niepełnosprawnością** – osoba z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego dotyczących realizacji zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021–2027 lub uczeń albo dziecko w wieku przedszkolnym posiadający orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności lub dzieci i młodzież posiadające orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim. Orzeczenia uczniów, dzieci lub młodzieży są wydawane przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej

³ **osoba z niepełnosprawnością sprzężoną** – osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności

⁴ **FE PŻ** - Program Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa