



Projekt „Asystent Aktywności” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Asystent aktywności”

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE „ASYSTENT AKTYWNOŚCI”

ARKUSZ DIAGNOSTYCZNY DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie		
Nr arkusza/A00N/9.2.1/17	Data wpływu	Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie
Miejsce i forma złożenia formularza MOPS <input type="checkbox"/> KIS <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>		
Osobiście <input type="checkbox"/> Opiekun <input type="checkbox"/> Poczta <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>		

Formularz rekrutacyjny należy wypełnić czytelnie w języku polskim.

Należy wypełnić wszystkie rubryki Formularza Rekrutacyjnego.

W przypadku gdy któraś z części formularza nie dotyczy osoby wypełniającej, należy wpisać „NIE DOTYCZY”.

W miejscu należy zaznaczyć właściwą odpowiedź „krzyżykiem” X

Wszystkie kserokopie dokumentów stanowiące załącznik do formularza powinny być poświadczane własnoręcznym podpisem kandydata, datą oraz dopiskiem: „za zgodność z oryginałem”.

DANE PROJEKTU	
Tytuł projektu:	Asystent aktywności
Nr umowy:	RPSW.09.02.01-26-0057/16-00
Oś Priorytetowa:	RPSW.09.00.00 Włączenie społeczne i walka z ubóstwem
Działanie:	RPSW.09.02.00 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych
Poddziałanie:	RPSW.09.02.01 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych (projekty konkursowe)
Termin realizacji projektu:	01.07.2017 - 30.06.2019
DANE OSOBOWE KANDYDATA	
Imię i nazwisko:	
Data urodzenia:	
Płeć:	Kobieta: <input type="checkbox"/> Mężczyzna: <input type="checkbox"/>



Projekt „Asystent Aktywności” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

Numer PESEL:			
Miejsce urodzenia:			
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:			
DANE TELEADRESOWE KANDYDATA			
Miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25 ¹ K.C. Oświadczam, że podany poniżej adres zamieszkania jest adresem, pod którym przebywam:			
Województwo:			
Powiat:			
Gmina:			
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Ulica:		nr domu / nr lokalu:	
Obszar:	Miasto Starachowice: <input type="checkbox"/> Miejski: <input type="checkbox"/> Wiejski: <input type="checkbox"/>		
DANE KONTAKTOWE			
Numer telefonu:			
Adres e-mail:			
Preferowana forma kontaktu	<input type="checkbox"/> w miejscu zamieszkania	<input type="checkbox"/> telefon	
	<input type="checkbox"/> e-mail	<input type="checkbox"/> inna	
WYKSZTAŁCENIE			
Oświadczam, że mam wykształcenie:			
<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> policealne	
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> wyższe	
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU			
Oświadczam, że jestem (zaznaczyć wszystkie, które dotyczą):			
<input type="checkbox"/> ucząca/y się	na terenie Miasta Starachowice		
<input type="checkbox"/> pracująca/y			



Projekt „Asystent Aktywności” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

<input type="checkbox"/> mieszkająca/y		
<input type="checkbox"/> bezrobotny/a w tym:	<input type="checkbox"/> zarejestrowany/a w ewidencji urzędów pracy	
	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotny/a zarejestrowany/a w ewidencji urzędów pracy	
	<input type="checkbox"/> niezarejestrowany/a w ewidencji urzędów pracy	
<input type="checkbox"/> bierny/a zawodowo ¹⁾ z powodów zdrowotnych w tym:	<input type="checkbox"/> nieuczestniczący/a w kształceniu lub w szkoleniu	
	<input type="checkbox"/> uczestniczący/a w kształceniu lub w szkoleniu	<input type="checkbox"/> w trybie dziennym
		<input type="checkbox"/> w trybie zaocznym
<p>1) Bierna zawodowo to osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna) i nie poszukuje zatrudnienia z przyczyn zdrowotnych. Studenci studiów stacjonarnych są uznawani za osoby bierne zawodowo. Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Osoby prowadzące działalność na własny rachunek (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie są uznawane za bierne zawodowo.)</p>		
<input type="checkbox"/> zatrudniony/a w tym:	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej	
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej	
	<input type="checkbox"/> w osoba pracująca w Mikro, Małych i Średnich Przedsiębiorstwach	
	<input type="checkbox"/> w osoba pracująca w organizacji pozarządowej	
	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek	
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	
	<input type="checkbox"/> inna (w tym rolnik, domownik rolnika)	
wykonywany zawód: (wypełniają osoby zatrudnione)		
nazwa firmy: (wypełniają osoby zatrudnione)		
POZOSTAŁE DANE		
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	



Projekt „Asystent Aktywności” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

obcego pochodzenia		
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Osoba z niepełnosprawnościami (jeśli tak należy dostarczyć orzeczenie o niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej - innej niż wymienione powyżej, np. zamieszkiwanie na terenach wiejskich	<input type="checkbox"/> tak , proszę wymienić <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
KWALIFIKOWALNOŚĆ DO PROJEKTU	Czy jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
	Czy korzysta Pan/Pani ze świadczeń pomocy społecznej? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
	Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a usługą asystencką – Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
	Czy jest Pan/Pani gotowy/a ponosić odpłatność za usługę asystencką? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
	Czy jest Pan/Pani zainteresowana indywidualnym poradnictwem psychologicznym? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
INFORMACJE DOTYCZĄCE SYTUACJI ZDROWOTNEJ	Stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny	
	Kod/y (na podstawie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności) ____ - ____ ____ - ____ ____ - ____	
	Rodzaj niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu
		<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku
		<input type="checkbox"/> zaburzenia psychiczne
		<input type="checkbox"/> dysfunkcje o podłożu neurologicznym
		<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu mowy i słuchu
<input type="checkbox"/> dysfunkcja układu oddechowego i krążenia		
<input type="checkbox"/> pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne		
Która z wymienionych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną?		



Projekt „Asystent Aktywności” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

ŚRODOWISKO	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
	<p>Czy porusza się Pan/Pani: w domu</p>	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> z pomocą sprzętów ortopedycznych	<input type="checkbox"/> nie porusza się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
	<p>Czy porusza się Pan/Pani: poza miejscem zamieszkania</p>	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> z pomocą sprzętów ortopedycznych	<input type="checkbox"/> nie porusza się samodzielnie, ani z pomocą sprzętów ortopedycznych
	<p>Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie </p> <p>Jeśli tak to jakiego typu wsparcie?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
ŚRODOWISKO	<p>Z kim Pan/Pani mieszka?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
	<p>W jakich czynnościach w szczególności wymaga Pan/Pani wsparcia?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			



Projekt „Asystent Aktywności” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

	<p>Jakie trudności/ przeszkody napotyka Pan/Pani w miejscu zamieszkania?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	<p>Czy może Pan/Pani liczyć na pomoc znajomych, przyjaciół, sąsiadów w wykonywaniu codziennych czynności? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Jeśli tak to jakie są to osoby i w jakich czynnościach pomagają:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
SPĘDZANIE CZASU	<p>Proszę opisać w paru zdaniach jak wygląda rozkład Pan/Pani dnia.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	<p>Jakie ma Pan/i zainteresowania, umiejętności, co Pan/Pani lubi robić?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	<p>Gdyby miał/a Pan/i jeden dzień tylko dla siebie, to jakby go Pan/Pani spędził/a?</p>



Projekt „Asystent Aktywności” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> bez znaczenia
	Wiek	<input type="checkbox"/> bez znaczenia
	Inne np.: zainteresowania, cechy osobowości, posiadane umiejętności	
	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
	W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent? Czego Pan/Pani od niego oczekuje? <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC	W jakich godzinach/w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie? <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
	Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu/Pani potrzebne? <p>.....</p>	
Czy do tej pory korzystał/a Pan/i z innych form wsparcia? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Jeśli tak, to proszę wskazać, z jakich i przez kogo realizowanych: (MOPS, prywatnie opłacana osoba itp. Czy był/a Pan/Pani zadowolony/a? Czy w dalszym ciągu Pan/Pani z nich korzysta, jeśli nie to dlaczego?		



Projekt „Asystent Aktywności” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

O PROJEKCIE	Proszę opisać w kilku słowach, jak rozumie Pan/Pani rolę i zadania Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością (A00N)? <i>jaki jest/jaki powinien być Pani/Pana zdaniem zakres obowiązków asystenta, czym powinien się A00N zajmować, czym nie powinien się zajmować/czego nie powinien robić?</i>
SKĄD DOWIEDZIAŁAM/ŁEM SIĘ O PROJEKCIE?	<input type="checkbox"/> od pracownika biura projektu <input type="checkbox"/> z plakatów i ulotek <input type="checkbox"/> ze strony Internetowej projektu <input type="checkbox"/> z profilu projektu na Facebook <input type="checkbox"/> z portali ogłoszeniowych <input type="checkbox"/> od rodziny/znajomych <input type="checkbox"/> z innego źródła, jakiego
OŚWIADCZENIA	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Oświadczam, że podane przeze mnie dane w Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, jestem także świadomy odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy.
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie w projekcie <i>Asystent aktywności</i> , realizowanym przez Stowarzyszenie PROREW w partnerstwie z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Starachowicach, nie zgłaszam do niego zastrzeżeń i zobowiązuję się przestrzegać jego postanowień.
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Oświadczam, że spełniam warunki kwalifikujące do udziału w projekcie zgodnie z Regulaminem uczestnictwa w projekcie <i>Asystent Aktywności</i> .
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Oświadczam, że: - zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego; - wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i danych o stanie zdrowia zawartych w Formularzu zgłoszeniowym zg. z ustawą dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922



Projekt „Asystent Aktywności” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

	<p>z późn. zm.);</p> <ul style="list-style-type: none"> - wyrażam zgodę na przetwarzanie swojego wizerunku w tym wizerunku utrwalonego na zdjęciach. <p>Przyjmuję do wiadomości, że:</p> <ul style="list-style-type: none"> - administratorem tak zebranych danych jest Lider Stowarzyszenie PROREW – z siedzibą w Kielcach, przy ul. Szymanowskiego 3/58, 25-361 Kielce; - moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji procesu rekrutacji i rozliczenia projektu, podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości wzięcia udziału w procesie rekrutacji do projektu; - moje dane osobowe nie są i nie będą udostępniane odbiorcom danych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych; - mam prawo dostępu do treści danych i ich poprawiania; - złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem się do projektu; - składając formularz rekrutacyjny deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie.
ZAŁĄCZNIKI	
Kserokopia Orzeczenia o niepełnosprawności (jeżeli dotyczy) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Kserokopia Legitymacji Emeryta-Rencisty <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Czytelny podpis kandydata)