



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

Załącznik nr 1a do Regulaminu Projektu

.....  
Data wpływu (uzupełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

**Kod kandydatki / kandydata:** .....  
(uzupełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)

<i>Realizator projektu (Beneficjent)</i>	<i>Twoja Klinika Sp. z o.o.</i>
<i>Tytuł projektu</i>	<i>Projekt „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”</i>
<i>Nr projektu</i>	<i>Nr wniosku RPLD.09.02.02-10-Bo15/18</i>  <i>Oś: IX Włączenie społeczne; Działanie: IX.2 Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym; Poddziałanie: IX.2.2 Usługi społeczne i zdrowotne - ZIT</i>

<b>Dane kandydatki/kandydata</b>	
<input type="checkbox"/> <i>Osoba niesamodzielną</i>	<input type="checkbox"/> <i>Opiekun osoby niesamodzielnej</i>
<i>Imię (imiona)</i>	
<i>Nazwisko</i>	
<i>Data urodzenia</i>	

Biuo Projektu „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”  
Twoja Klinika Sp. z o.o., ul. Sienkiewicza 87, 95-060 Brzeziny, tel.: 574-646-207



Projekt „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
	Płeć <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	PESEL	
	Wykształcenie <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe
<b>Adres zamieszkania<sup>3</sup></b>	Ulica	
	Nr domu/nr lokalu	
	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Gmina	
	Powiat	
	Województwo	

<sup>1</sup> Należy zaznaczyć właściwy

<sup>2</sup> Należy zaznaczyć właściwy

<sup>3</sup> Zgodnie z Rozdział II Art. 25. Kodeksy Cywilnego „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.



Projekt „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

	<i>Kraj</i>	
<b>Dane kontaktowe</b>	<i>Telefon</i>	
	<i>e-mail</i>	
	<i>Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)</i>	
<b>Imię i nazwisko osoby nad którą sprawowana jest opieka</b>		
<b>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu</b>		
<i>Status osoby na rynku pracy (definicje według Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze rynku pracy na lata 2014-2020)</i>	<i>Osoba bezrobotna czyli pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Jest to osoba zarejestrowana jako bezrobotna zgodnie z krajowymi przepisami, nawet jeżeli nie spełnia wszystkich trzech kryteriów. Osobami bezrobotnymi są zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu badania aktywności ekonomicznej ludności, jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), są również osobami bezrobotnymi.</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie



Projekt „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

	<p>w tym długotrwale bezrobotna: - młodzież (&lt;25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (&gt;6 miesięcy), - dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (&gt;12 miesięcy).</p>	<input type="checkbox"/> tak  <input type="checkbox"/> nie
	<p>Osoba bierna zawodowa to osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna).</p>	<input type="checkbox"/> tak  <input type="checkbox"/> nie
	<p>Osoba pracująca to osoba w wieku 15 lat i więcej, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracuje ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie.</p>	<input type="checkbox"/> tak  <input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> Pracownik		<input type="checkbox"/> Osoba samozatrudniona
<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p>	<input type="checkbox"/> tak  <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi
<p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p>	<input type="checkbox"/> tak  <input type="checkbox"/> nie	
<p><b>Sytuacja kandydata / kandydatki</b></p>		
<p>Jestem osobą z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego</p>	<input type="checkbox"/> tak  <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

<i>Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375)</i>	
<i>Stopień niepełnosprawności ( jeżeli powyżej zaznaczono TAK) Proszę załączyć kopię orzeczenia. Bez orzeczenia kategoria nie będzie rozpatrywana</i>	<input type="checkbox"/> <i>lekki</i> <input type="checkbox"/> <i>umiarkowany</i> <input type="checkbox"/> <i>znaczny</i>
<i>Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących</i>	<input type="checkbox"/> <i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i>
<i>W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</i>	<input type="checkbox"/> <i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i>
<i>Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu</i>	<input type="checkbox"/> <i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i>
<i>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) zagrożona wykluczeniem społecznym, posiadam wykształcenie poniżej podstawowego, byłem więźniem, narkomanem</i>	<input type="checkbox"/> <i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/> <i>odmowa odpowiedzi</i>
<b><i>Czytelny podpis kandydatki/ta</i></b>	
<b><i>Data</i></b>	

Projekt „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego”

## OŚWIADCZENIA

1. Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego, oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy i moim aktualnym statusem prawnym.
2. Oświadczam, że zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (jednolity tekst: Dz. U. Nr 101 poz. 926 z 2002 r.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Twoja Klinika Sp. z o.o. dla potrzeb procesu rekrutacji i realizacji projektu „Opieka medyczno-opiekuńcza mieszkańców pow. brzezińskiego” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Oświadczam, że zapoznałam(em) się z regulaminem projektu i akceptuję jego postanowienia.
4. Zostałam(em) poinformowana(y), że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Data i podpis kandydatki/kandydata  
(opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego)

Data rozpoczęcia udziału w projekcie ..... (wypełnia Koordynator projektu)

Data zakończenia udziału w projekcie ..... (wypełnia Koordynator projektu)