**Załącznik nr 1 do Regulaminu Projektu**

Kod Kandydatki /Kandydata: ……………………. ……………..………………………………

Data wpływu (uzupełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)

**Informacje dla Kandydatki/Kandydata dotyczące wypełniania formularza**

* Formularz należy wypełnić komputerowo lub ręcznie – czytelnie, drukowanymi literami.
* Należy wypełnić wszystkie pola formularza wpisując odpowiednie dane lub „nie dotyczy”.
* Do formularza należy dołączyć wszystkie wymagane załączniki dotyczące sytuacji Kandydata/Kandydatki.

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł projektu** | **„Opieka szyta na miarę”** |
| **Nr umowy o dofinansowanie projektu** | **RPLD.09.02.02-10-B015/20** |
| **Dane kandydatki/kandydata** |
| **Osoba potrzebująca wsparcia**🞏 | **Osoba z otoczenia**🞏 |
| **Dane****podstawowe** | Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Płeć | 🞏 **K** 🞏**M** |
| Data urodzenia |  |
| PESEL |  |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| Powiat |  |
| **Dane****kontaktowe** | Telefon  |  |
| E-mail |  |
| **Adres****do korespondencji**  | Ulica |  |
| Nr domu |  | Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| **Wykształcenie** | Poziom wykształcenia | 🞏NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE (ISCED 0) 🞏 PODSTAWOWE (ISCED 1) 🞏GIMNAZJALNE (ISCED 2) 🞏 PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) 🞏 POLICEALNE ( ISCED 4) 🞏WYŻSZE ( ISCED 5-8) |
| **Stan zdrowia w przypadku osoby niesamodzielnej (proszę opisać sytuację zdrowotną)** |  |
| **Status kandydatki /kandydata** |
| **Status na rynku pracy (definicje według Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze rynku pracy)** | **Osoba bezrobotna** czyli pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą 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. | 🞏tak🞏nie |
| **w tym długotrwale bezrobotną:**-młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy),- dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). | 🞏tak🞏nie |
| **Osoba bierna zawodowa**- czyli w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). | 🞏tak🞏nie |
| **Osoba pracująca**- w wieku 15 lat i więcej, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpię 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. | 🞏tak🞏nie |
| **W przypadku osób pracujących proszę o wpisanie miejsca pracy:** |
| **W przypadku osób pracujących proszę o wpisanie stanowiska pracy:** |
| **Sytuacja kandydatki/ta** | **Osoba 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 (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375)- OSOBA POSIADAJĄCA ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | 🞏tak🞏nie |
| **Proszę wpisać stopień i rodzaj niepełnosprawności:** |

**KRYTERIA KWALIFIKACYJNE**

|  |
| --- |
| Uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że: |
| 1. | **Kryteria kwalifikacyjne****(proszę zaznaczyć X****w każdym właściwym miejscu)** | 🞏 | Mieszkam na terenie miasta Łódź |
| 🞏 | Jestem osobą pełnoletnią |
| 🞏 | Jestem pacjent objętym opieką hospicjum domowego |
| 🞏 | Nie korzystam z takiego samego wsparcia w ramach innych projektów lub finansowanych ze środków publicznych |

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI SKŁADAJĄCEJ FORMULARZ**

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

1. Wszystkie podane przeze mnie informacje i dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
2. Oświadczam, że należę do grupy docelowej objętej działaniami projektowymi.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Hospicjum Łódzkie dla potrzeb procesu rekrutacji w projekcie „**Opieka szyta na miarę**” współfinansowanego ze środków EFS w ramach RPO Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 (zgodnie z art. 6 ust 1 lit a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. i Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020).
4. Zapoznałam/em się z zasadami rekrutacji oraz udziału w projekcie „**Opieka szyta na miarę**” zawartymi w Regulaminie projektu, akceptuję wszystkie postanowienia ww. regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w regulaminie.
5. Zostałam/em poinformowana/y, że projekt finansowany jest przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
6. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
7. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Stowarzyszenia Hospicjum Łódzkie.
8. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Stowarzyszenie Hospicjum Łódzkiej.
9. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby projektu.
10. Zostałam/em poinformowana/y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego.
11. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Stowarzyszenie Hospicjum Łódzkie o zmianie danych wpisanych w formularzu rekrutacyjnym oraz o zmianie swojej sytuacji zdrowotnej, życiowej, zawodowej.

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

 Data i czytelny podpis Kandydata/Kandydatki