

ANKIETA REKRUTACYJNA

Deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „CENTRUM DZIENNEJ OPIEKI I PIELEGNACJI CARITAS W WIŚNIÓWCE – usługi opieki medycznej dla osób niepełnosprawnych i seniorów z aglomeracji Kielc (Kielce i Wiśniówka)”

nr RPSW.9.02.03-26-0006/18

Dane uczestnika:		
Kraj;		
Rodzaj uczestnika; <input type="checkbox"/> indywidualny <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji podmiotu		
Nazwisko		Imię (imiona)
PESEL		Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia:	Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)	
Dane kontaktowe:		
Województwo :		
Powiat:		
Gmina:		
Adres zamieszkania Ulica/Miejscowość		Numer Miejsce zamieszkania <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Kod pocztowy	Poczta	
Telefon kontaktowy		
Adres e-mail		
Wykształcenie:		
<input type="checkbox"/> Podstawowe	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne	<input type="checkbox"/> Policealne	

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:	
1. Czy osoba jest bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	
2. Czy osoba jest bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	
3. Czy osoba jest bierna zawodowo, w tym:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne	
4. Czy osoba jest pracująca, w tym:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (mikro-, małe i średnie przedsiębiorstwa) <input type="checkbox"/> 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"/> inne oraz: Wykonywany zawód: Osoba zatrudniona w:	
Rodzaj wsparcia:	
Zadanie nr 1 – Centrum Diennej Opieki i Pielęgnacji Caritas w Wiśniówce <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Zadanie nr 2 – Długoterminowa medyczna opieka domowa nad osobą niesamodzielną w tym pielęgnarska opieka długoterminowa <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Zadanie nr 3 – Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
5. Czy osoba należy do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
6. Czy osoba jest bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
7. Czy osoba jest niepełnosprawna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania inf.
Jeśli „TAK” to w jakim stopniu: <input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym	
Symbol orzeczenia o niepełnosprawności:	
8. Czy osoba jest w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

9. Czy osoba korzysta ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
10. Czy osoba jest ubezwłasnowolniona?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Częściowo <input type="checkbox"/> Całkowicie
11. Czy osoba korzysta ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
12. Czy jest osobą zależną (niesamodzielną)? – tj. 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	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
13. Czy osoba jest zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Dane teleadresowe rodzica/opiekuna prawnego (wypełnić w przypadku gdy kandydat jest osobą ubezwłasnowolnioną)			
Imię i nazwisko			
Miejsce zamieszkania	<input type="checkbox"/> Miasto	<input type="checkbox"/> Wieś	
Ulica, nr domu / lokalu			
Miejscowość			
Kod pocztowy i poczta			
Gmina		Powiat	
Telefon			

KRYTERIA REKRUTACJI DO PROJEKTU

Kryteria rekrutacji	Proszę wstawić znak „x” jeśli dane kryterium jest spełnione oraz dołączyć dokumenty dokumenty/kserokopie potwierdzające jego spełnienie ¹
KRYTERIA FORMALNE	Miejsce zamieszkania
	Kielce <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Gmina Masłów <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Gmina Zagnańsk <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

¹ W przypadku nie dołączenia wymaganych dokumentów kryterium uważa się za niespełnione

KRYTERIA PREMIUJĄCE	<p>Mężczyzna (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym (pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Osoba korzystająca z POPŻ na lata 2014-2020 (3 pkt) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Liczba punktów premiujących</p>
	<p>Niesamodzielność chorego</p> <p>Wypełnić w przypadku uczestnictwa w zadaniu nr 2 –DŁUGOTERMINOWA MEDYCZNA OPIEKA DOMOWA Ocena w skali BARTHEL</p> <p><input type="checkbox"/> poniżej 40 punktów <input type="checkbox"/> od 41 do 80 punktów <input type="checkbox"/> powyżej 81 punktów</p> <p>UWAGA! Do formularza należy dołączyć skierowanie lekarza POZ do objęcia opieką długoterminową</p>

OŚWIADCZAM, IŻ NIE KORZYSTAM Z TEGO SAMEGO TYPU WSPARCIA W INNYCH PROJEKTACH WSPÓŁFINANSOWANYCH PRZEZ UE W RAMACH EFS.

Oświadczam, że zobowiązuję się do przekazania informacji dotyczących mojej sytuacji po zakończeniu udziału w Projekcie zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014 – 2020 (do 6 miesięcy po opuszczeniu przeze mnie Projektu).

Oświadczam, że dane podane przeze mnie w ankiecie rekrutacyjnej są prawdziwe. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Caritas Diecezji Kieleckiej ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach działań realizowanych w związku z projektem.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.

.....
 (Data i czytelny podpis kandydatki/kandydata / opiekuna prawnego)