

Projekt „Łowickie Centrum Wsparcia Społecznego”

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

ANKIETA REKRUTACYJNA

Projekt „Łowickie Centrum Wsparcia Społecznego” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Część I. Dane podstawowe i kontaktowe uczestnika procesu rekrutacyjnego

DANE PODSTAWOWE UCZESTNIKA (proszę wypełnić drukowanymi literami)	
Imię	
Nazwisko	
Płeć (zaznaczyć x)	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
PESEL	
Wykształcenie (zaznaczyć x)	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Podstawowe średnie <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> Wyższe
DANE KONTAKTOWE	
Województwo	Łódzkie
Powiat	Łowicki
Gmina	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Numer domu / lokalu	
Telefon stacjonarny	
Telefon komórkowy	
E-mail	

Projekt „Łowickie Centrum Wsparcia Społecznego”

Część II. Określenie statusu uczestnika procesu rekrutacyjnego.

STATUS UCZESTNIKA		
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba bierna zawodowo w tym:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- osoba ucząca się	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- inne (jakie?) :	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba pracująca w tym:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- rolnik	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- samozatrudniony	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- osoba pracująca w administracji publicznej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- osoba pracująca w przedsiębiorstwie:	<input type="checkbox"/> mikro <input type="checkbox"/> małym	<input type="checkbox"/> średnim <input type="checkbox"/> dużym
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Posiadanie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważnego w obowiązującym systemie orzecznictwa:		
<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Na stałe	<input type="checkbox"/> Okresowe do dnia:
Posiadanie stopnia niepełnosprawności w stopniu:		
<input type="checkbox"/> Znacznym (I grupa)	<input type="checkbox"/> Umiarkowanym (II grupa)	<input type="checkbox"/> Lekkim (III grupa)

Projekt „Łowickie Centrum Wsparcia Społecznego”

Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub osoba z niepełnosprawnością sprzężoną lub z zaburzeniami psychicznymi w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną lub osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba ubezwłasnowolniona	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba samotnie gospodarująca	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym :	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie	
- w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
Osoba niesamodzielna* wymagająca opieki ze względu na niepełnosprawność.	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie	

***Osoba niesamodzielna to osoba, która ze względu na niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. (tj. 1. odżywianie i wydalanie, 2. poruszanie się, komunikowanie, zapewnienie bezpieczeństwa, 3. higiena ciała, ubrania, 4. zaopatrzenie i prowadzenie gospodarstwa domowego).**

Część III. Preferowane formy wsparcia skierowanego do uczestnika procesu rekrutacyjnego

PROPOZYCJA USŁUG REALIZOWANYCH W ŁOWICKIEGO CENTRUM WSPARCIA SPOŁECZNEGO*	
Praca socjalna (objęcie osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu wsparciem pracownika socjalnego)	<input type="checkbox"/>
Usługa opiekuńcza w miejscu zamieszkania (objęcie osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu wsparciem opiekuna w wymiarze 40 godzin w miesiącu przez okres do 10 miesięcy)	<input type="checkbox"/>
Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej (objęcie osoby niepełnosprawnej wsparciem asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w wymiarze 30 godzin w miesiącu przez okres do 20 miesięcy)	<input type="checkbox"/>
Poradnictwo specjalistyczne (psychologiczne, pedagogiczne, prawne) w tym terapia krótko i długoterminowa dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz ich otoczenia	<input type="checkbox"/>
Usługi specjalistyczne w postaci dowozu posiłków (dowóz obiadu przez sześć dni w tygodniu realizowany od poniedziałku do soboty z wyłączeniem dni stawowo wolnych od pracy + suchy prowiant na niedzielę lub na dzień ustawowo wolny od pracy)	<input type="checkbox"/>
Usługi specjalistyczne dla osób niepełnosprawnych w postaci zapewnienia transportu/przewozów specjalnych	<input type="checkbox"/>
Usługi w postaci wypożyczalni sprzętu wspomagającego i pielęgnacyjnego	<input type="checkbox"/>
Inne (jakie?):	<input type="checkbox"/>
.....	
.....	

* poszczególne usługi wymienione powyżej będą realizowane zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie, w którym zostaną przypisane do poszczególnych grup docelowych

Projekt „Łowickie Centrum Wsparcia Społecznego”

Cześć IV. Oświadczenie o wysokości dochodów uczestnika procesu rekrutacyjnego

Ja niżej podpisany/a jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego stanowiącego, że kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

W związku z ubieganiem się o objęcie usługami społecznymi w ramach projektu „Łowickie Centrum Wsparcia Społecznego” oświadczam, że moje dochody/dochody mojej rodziny w miesiącu 2019 wynosiły:

	Tytuł dochodu	Wysokość dochodu netto
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
Suma:		
Dochód na osobę samotnie gospodarującą:	 zł
Dochód na osobę w rodzinie:	 zł

Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować pracownika socjalnego o każdej zmianie mojej sytuacji finansowej.



Projekt „Łowickie Centrum Wsparcia Społecznego”

Cześć V. Oświadczenia uczestnika procesu rekrutacyjnego

OŚWIADCZENIA
Przyjmuję do wiadomości, iż wypełnienie niniejszej ankiety nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu.
Zostałam/em poinformowana/y o zasadach udziału w projekcie „Łowickie Centrum Wsparcia Społecznego”
Oświadczam, iż obecnie zamieszkuję na terenie powiatu łowickiego w województwie łódzkim.
Dobrowolnie deklaruję swój udział w projekcie „Łowickie Centrum Wsparcia Społecznego”, równocześnie zobowiązując się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Realizatora Projektu.
Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych.
Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Realizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej.
Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w tej ankiecie są zgodne z prawdą.
Zostałem/łam poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020
Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych, w tym wrażliwych, na potrzeby rekrutacji, realizacji, monitorowania i ewaluacji przez instytucje i osoby obsługujące i przekazujące dane osobowe, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. O ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922). Przyjmuję do wiadomości, że powyższa zgoda może zostać przeze mnie cofnięta w dowolnym momencie.
Zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych w ramach projektu „Łowickie Centrum Wsparcia Społecznego” w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
miejsce i data

.....
czytelny podpis uczestnika procesu rekrutacyjnego

***w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej ankietę podpisuje opiekun**



Projekt „Łowickie Centrum Wsparcia Społecznego”

Część VI. Weryfikacja statusu uczestnika procesu rekrutacyjnego (wypełnia personel projektu)

OKREŚLENIE STOPNIA SAMODZIELNOŚCI KANDYDATA DO PROJEKTU *			
L.P.	Nazwa czynności	TAK	NIE
1	Samodzielne przygotowanie posiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Samodzielne spożywanie posiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Samodzielne ubieranie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Samodzielne poruszanie się po mieszkaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Samodzielne utrzymywanie higieny osobistej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Samodzielne korzystanie z toalety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Samodzielne opuszczanie mieszkania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Samodzielne robienie zakupów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Samodzielne załatwianie spraw urzędowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Samodzielne podtrzymywanie kontaktów społecznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Samodzielne wypełnianie ról społecznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*** uwaga: nawet jedna odpowiedź „NIE” kwalifikuje kandydata jako osobę niesamodzielną.**

W wyniku przeprowadzonej oceny stopnia samodzielności kandydata do projektu uznaje się, że:			
Pan/Pani:			
Jest osobą niesamodzielną	Tak	Nie jest osobą niesamodzielną*	<input type="checkbox"/>

*** w przypadku wyboru opcji „Nie jest osobą niesamodzielną” należy zakończyć wypełnianie ankiety.**

Część VII. Określenie kryteriów premiujących uczestnika procesu rekrutacji (wypełnia personel projektu)

Nazwa kryterium premiującego	TAK	NIE
osoba niesamodzielna, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej – 8 pkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz osoba z niepełnosprawnością sprzężoną, osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi – 4 pkt,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ilość odpowiedzi TAK:		
Suma uzyskanych punktów:	pkt.	

Nazwa dodatkowego kryterium premiującego	TAK	NIE
w zakresie dostępu do poradnictwa specjalistycznego (Zadanie 4) zdiagnozowanie u uczestnika projektu długotrwale obniżonego nastroju lub występowanie stanu depresyjnego – 2 pkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w zakresie dostępu do usługi specjalistycznej w postaci dostarczania posiłków (Zadanie 6) zdiagnozowanie u uczestnika projektu utrudnionych możliwości w zakresie przygotowania posiłku samodzielnie, czy z opiekunem faktycznym/opiekunką projektową lub AOOD – 2 pkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w zakresie dostępu do usługi specjalistycznej w postaci zapewnienia transportu w formie przewozów specjalnych (Zadanie 7) zdiagnozowanie u uczestnika projektu niesamodzielność z tytułu niepełnosprawności wykluczającej korzystanie z innych środków lokomocji – 2 pkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w zakresie dostępu do usługi specjalistycznej w postaci zapewnienia transportu w formie przewozów specjalnych (Zadanie 7) zdiagnozowanie u uczestnika projektu niesamodzielność z tytułu niepełnosprawności ograniczającej korzystanie z innych środków lokomocji – 1 pkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ilość odpowiedzi TAK:		
Suma uzyskanych punktów:	pkt.	



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Łowickie Centrum Wsparcia Społecznego”

Część VIII. Określenie specjalnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności uczestnika procesu rekrutacji (*wypełnia personel projektu*)

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis pracownika socjalnego

