FORMULARZ REKRUTACYJNY DLA KANDYDATÓW ZGŁASZAJĄCYCH SIĘ NA SZKOLENIE NA ASYSTENTÓW OSOBISTYCH, ŚWIADCZĄCYCH OPIEKĘ WYTCHNIENIOWĄ ORAZ REALIZATORÓW USŁUG OPIEKUŃCZYCH ZWYKŁYCH /SPECJALISTYCZNYCH.

|  |
| --- |
| **Miejsce i data złożenia formularza (wypełnia pracownik przyjmujący formularz)** |
| Miejsce: |  |
| Data i podpisprzyjmującego: |  |

1. Jestem kandydatem/kandydatką na wykonywanie usług oraz szkolenie w zakresie:
	* asystencji/opieki wytchnieniowej osoby z niepełnosprawnością
	* opiekuna osoby z niepełnosprawnością
2. Imię: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Nazwisko: …………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. PESEL / brak PESEL - inny identyfikator: …………………………………………………………………………
5. Wiek: …………
6. Wykształcenie:
	* niższe niż podstawowe (ISCED 0)
	* podstawowe (ISCED 1)
	* gimnazjalne (ISCED 2)
	* ponadgimnazjalne (ISCED 3)
	* policealne (ISCED 4)
	* wyższe (ISCED 5-8)
7. Wykształcenie (zawód, kwalifikacje):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Adres do kontaktu:

kraj: ……………………………………………………………………………………….

województwo: ……………………………………………………………………

powiat: ………………………………………………………………………………….

gmina: ………………………………………………………………………..…………

miejscowość: ……………………………………………………………………..

kod pocztowy: ……………………………………………………………………

ulica, nr domu: ……………………………………………………………………

1. Telefon do kontaktu:
2. Adres e-mail:
3. Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:
	* Osoba pracująca:

- stanowisko/nazwa pracodawcy

… ,

* + Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy,
	+ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy W tym długotrwale bezrobotna:
		- tak
		- nie

Osoba długotrwale bezrobotna to osoba: bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy

(w przypadku osób poniżej 25 roku życia), bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (w przypadku osób powyżej 25 roku życia).

* osoba bierna zawodowo,
1. Kryteria dostępu:
	* znajomość języka polskiego w stopniu komunikatywnym w mowie i piśmie;
	* pełna zdolność do czynności prawnych ;
	* stan zdrowia i możliwości psychofizyczne, które umożliwiają wykonywanie czynności wspierających uczestnika asystencji w codziennym funkcjonowaniu lub opiece;
	* zamieszkiwanie na terenie gminy Siechnice;
	* nieuczestniczenie w innych projektach z zakresu świadczenia usług społecznych (EFS+ /FST) realizowanych w typach operacji: 9.1 A i B, 7.7 (A, B, C, D) i 7.10 (A, B, C, D) obejmujących formy wsparcia jednakowe jak w niniejszym projekcie;
	* bycie osobą niekaraną za przestępstwa umyślne przeciwko: życiu lub zdrowiu, rodzinie i opiece, czci i nietykalności cielesnej, wolności seksualnej lub obyczajności oraz przeciwko mieniu;
2. Kryteria premiujące:
	* doświadczenie w realizacji usług społecznych (jeśli tak – proszę podać ilość lat: ….…..)
	* byłem/byłam odpowiedzialna za koordynację lub rozwój usług asystencko – wytchnieniowych,
3. Czy istnieją okoliczności, które mogą utrudniać Panu/Pani pracę w charakterze asystenta osoby z niepełnosprawnością lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością?

(np. ograniczona mobilności, dyspozycyjność lub inne):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Interesuje mnie udział w szkoleniu:
	* w weekendy (od rana, piątek, sobota, niedziela)
	* w dni robocze (od rana)
2. Oświadczam, że mój stan zdrowia oraz możliwości psychofizyczne umożliwiają wykonywanie czynności wspierających uczestnika asystencji/opieki wytchnieniowej oraz/lub opieki nad osobą z niepełnosprawnością.
3. Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawych.
4. Oświadczam, że nie byłem/-am osobą karaną za przestępstwa umyślne przeciwko: życiu lub zdrowiu, rodzinie i opiece, czci i nietykalności cielesnej, wolności seksualnej lub obyczajności oraz przeciwko mieniu. W momencie zakwalifikowania do projektu/przed etapem szkoleń zobowiązuje się do

przedłożenia zaświadczenia( wymagany wyciąg z Krajowego Rejestru Karnego oraz rejestru karnego kraju, którego jest obywatelem (jeśli dotyczy), z którego wynika, że nie był osobą karaną za ww. przestępstwa)

1. Oświadczam, że jestem osobą zamieszkałą na terenie Gminy Żórawina.
2. Oświadczam, że nie uczestniczę w innych projektach z zakresu świadczenia usług społecznych (EFS+ /FST) realizowanych w typach operacji: 9.1 A i B, 7.7 (A, B, C, D) i 7.10 (A, B, C, D) obejmujących formy wsparcia jednakowe jak w niniejszym projekcie.
3. Oświadczam, że zapoznałem/- am się z Regulaminem rekrutacji w zakresie świadczenia wsparcia w formie opiekuńczej, wytchnieniowej i asystenckiej i akceptuję jego warunki.
4. Zobowiązuję się do przekazania informacji dotyczącej mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie (do 4 tygodni po zakończeniu udziału).
5. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za oświadczenie nieprawdy oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą.
6. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:
* Osoba z krajów trzecich (osoba posiadająca obywatelstwo spoza Unii Europejskiej).
	+ Tak
	+ Nie
	+ Odmowa podania informacji
* Osoba obcego pochodzenia (cudzoziemiec).
	+ Tak
	+ Nie
	+ Odmowa podania informacji
* Osoba obcego pochodzenia (cudzoziemiec).
	+ Tak
	+ Nie
	+ Odmowa podania informacji
* Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie.
	+ Tak
	+ Nie
	+ Odmowa podania informacji
* Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań.
	+ Tak
	+ Nie
	+ Odmowa podania informacji
* Osoba korzystająca z FE Pomoc Żywnościowa.
	+ Tak
	+ Nie
	+ Odmowa podania informacji
* Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (m.in. osoby zamieszkujące obszary wiejskie – DEGURBA3).
	+ Tak
	+ Nie
	+ Odmowa podania informacji
* Osoba zamieszkująca samotnie.
	+ Tak
	+ Nie
	+ Odmowa podania informacji

…………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………… Miejscowość, data Czytelny podpis