

Projekt „POMOC – Centrum Usług Społecznych w Skierniewicach”

**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie**

**ANKIETA REKRUTACYJNA**

Projekt „POMOC - Centrum Usług Społecznych w Skierniewicach” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego realizowanego 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			<input type="checkbox"/> Podstawowe			<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne			
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne			<input type="checkbox"/> Policealne			<input type="checkbox"/> Wyższe			
DANE KONTAKTOWE										
Województwo										
Powiat										
Gmina										
Miejscowość										
Kod pocztowy										
Ulica										
Numer domu / lokalu										
Telefon stacjonarny										
Telefon komórkowy										
E-mail										

## 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 „POMOC – Centrum Usług Społecznych w Skierniewicach”

Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności <b>lub</b> osoba z niepełnosprawnością sprzężoną <b>lub</b> z zaburzeniami psychicznymi w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną <b>lub</b> 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 w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba niesamodzielną* wymagająca opieki ze względu na stan zdrowia czy wiek.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba korzystająca z PO PŻ bądź pochodząca z rodziny korzystającej z PO PŻ	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego (np.: ubóstwo, sieroctwo, bezdomność, bezrobocie, niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba, przemoc w rodzinie itp.)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	

**\*Osoba niesamodzielną** to osoba, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub 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 CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH*	
Praca socjalna (objęcie osoby niesamodzielnej wsparciem pracownika socjalnego)	<input type="checkbox"/>
Dzienny Dom Pomocy (objęcie osoby niesamodzielnej wsparciem opiekuńczym i terapeutycznym od poniedziałku do piątku w godz. 8-18 przez okres do 12 miesięcy)	<input type="checkbox"/>
Wypożyczalnia sprzętu wspomagającego i pielęgnacyjnego (możliwość wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego np. łóżko, materac przeciwodleżynowy, wózek inwalidzki, balkonik, itp.)	<input type="checkbox"/>
Usługa opiekuńcza w miejscu zamieszkania (objęcie osoby niesamodzielnej wsparciem opiekuna w wymiarze 40 godzin w miesiącu przez okres do 12 miesięcy)	<input type="checkbox"/>
Usługa wytchnieniowa (trzytygodniowy całodobowy pobyt osoby niesamodzielnej w placówce stacjonarnej)	<input type="checkbox"/>
Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej (objęcie osoby niepełnosprawnej wsparciem asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w wymiarze 20 godzin w miesiącu przez okres do 24 miesięcy)	<input type="checkbox"/>
Poradnictwo specjalistyczne (psychologiczne, pedagogiczne, prawne) w tym terapia krótko i długoterminowa dla osób niesamodzielnych oraz opiekunów faktycznych osób niesamodzielnych	<input type="checkbox"/>
Szkolenia dla opiekunów faktycznych osób niesamodzielnych (18-godzinne szkolenia poruszające kwestie związane z opieką nad osobami o innych rodzajach niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/>
Usługi specjalistyczne w postaci dowozu posiłków (dowóz obiadu na sześć dni w tygodniu realizowany od poniedziałku do piątku)	<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 „POMOC – Centrum Usług Społecznych w Skierniewicach”

#### 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 „POMOC – Centrum Usług Społecznych w Skierniewicach” oświadczam, że moje dochody/dochody mojej rodziny w miesiącu ..... 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 „POMOC – Centrum Usług Społecznych w Skierniewicach”

## 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 „POMOC - Centrum Usług Społecznych w Skierniewicach”
Oświadczam, iż obecnie zamieszkuję na terenie m. Skierniewice w województwie łódzkim.
Dobrowolnie deklaruję swój udział w projekcie „POMOC - Centrum Usług Społecznych w Skierniewicach”, 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 „POMOC - Centrum Usług Społecznych w Skierniewicach” w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....  
miejsowość i data

.....  
czytelny podpis uczestnika procesu rekrutacyjnego

.....  
w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej  
ankietę podpisuje opiekun

Projekt „POMOC – Centrum Usług Społecznych w Skierniewicach”

**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	<input type="checkbox"/>	Nie jest osobą niesamodzielną*	<input type="checkbox"/>

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

Projekt „POMOC – Centrum Usług Społecznych w Skierniewicach”

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

Nazwa kryterium premiującego	TAK	NIE
osoba niesamodzielną, 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"/>
osoba z rodziny korzystającej z PO PŻ – 2 pkt,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osoba lub rodzina zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego – 4 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ilość odpowiedzi TAK:		
Suma uzyskanych punktów:		

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

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis pracownika socjalnego