Formularz rekrutacyjny
do Regulaminu rekrutacji i udziału w programie.
,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Iłża"
powyżej 60 roku"

Wypełnia pracownik MGOPS	**Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)**		**Podpis osoby przyjmującej wniosek**	

FORMULARZ REKRUTACYJNY UDZIAŁU W PROJEKCIE ,,Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Iłża powyżej 60 roku"

I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANY MI LITERAMI)	**IMIĘ**			
	NAZWISKO			
	PESEL		**DATA URODZENIA**	
	TELEFON KONTAKTOWY		**E-MAIL** (jeśli posiadasz)	
	POWIAT		**GMINA**	
	MIEJSCOWOŚĆ		**KOD POCZTOWY**	
	ULICA/ NR BUDYNKU/ NR LOKALU			

II CZĘŚĆ – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU W PROJEKCIE (kryteria wymagane)

Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria. *Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie* ***MUSI*** *PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERA WŁĄCZENIA:*

☐ Mieszkam na terenie Gminy Iłża, oraz

☐ Jestem osobą niesamodzielną z powodu: wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności, co oznacza, że potrzebuję wsparcia lub opieki w związku z niemożliwością wykonywania samodzielnie przynajmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. zakupy, przygotowywanie i spożywanie posiłków, sprzątanie, poruszanie się, wychodzenie z domu, ubieranie i rozbieranie, higiena osobista, kontrolowanie czynności fizjologicznych).

III CZĘŚĆ – KRYTERIA dodatkowe (kryteria premiujące)

Proszę zaznaczyć X jeśli spełnia Pan/Pani kryteria premiujące *(Jeśli należy Pan/Pani do grupy osób preferowanych do objęcia wsparciem to otrzyma Pan/Pani dodatkowe punkty w procesie rekrutacji. Jeśli nie spełnia Pan/Pani kryteriów preferowanych nadal możliwy jest udział w projekcie*). **W celu potwierdzenia spełnienia kryteriów preferowanych – na II etapie rekrutacji – zostanie Pan/Pani poproszony/a o przedstawienie stosownych dokumentów potwierdzających zasadność przyznania dodatkowych punktów** *(dokumenty poświadczające przynależność do grupy osób preferowanych wymieniono w nawiasie*).
Należę do grupy osób preferowanych do objęcia wsparciem:

☐ Osoby z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne,

☐ Osoby o stopniu niepełnosprawności *(orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)*

- ☐ znacznym
- ☐ umiarkowanym
- ☐ lekkim

☐ Osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi *(orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)*

CZĘŚĆ IV- INFORMACJA O UCZESTNIKU PROJEKTU

Proszę odpowiedzieć na pytanie:
Czy korzysta Pan/Pani z pomocy w ramach istniejącego systemu pomocy społecznej?

☐ TAK ☐ NIE

CZĘŚĆ V - OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:
1. Wyrażam zgodę na udział w programu *Teleopieka w Gminie Iłża i deklaruję chęć uczestnictwa w nim*;
2. Zapoznałam/zapoznałem się z ***Regulaminem udziału w programu*** **„Świadczenie usług teleopiekuńczych dla mieszkańców Gminy Iłża powyżej 60 roku”,** akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie;
4 Oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami powszechnie obowiązującymi dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym z RODO, a także z obowiązującym w M-GOPS Iłża opisem technicznych i organizacyjnych środków zapewniających ochronę i bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych i zobowiązuję się do przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych określonych w tych dokumentach. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy przetwarzanych danych osobowych, z którymi zapoznałem/am się oraz sposobów ich zabezpieczania, zarówno w okresie trwania umowy jak również po ustaniu stosunku prawnego łączącego mnie z M-GOPS Iłża.
8. Przedstawione przeze mnie w niniejszym *formularzu zgłoszeniowym* dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszego formularza. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności jaka ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

……..	……..
miejscowość, data	czytelny podpis Kandydata/Kandydatki lub opiekuna prawnego*

Pouczenie

Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego