

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

dla osób biorących udział w szkoleniu na asystenta lub opiekuna

**"Jesteśmy do usług!"- numer projektu FEPM.05.17-IZ.00-0117/24**, dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), Priorytetu 5 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+), Działania 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027) (wypełnia Instytucja Zarządzająca FEP 2021-2027).

*Przed wypełnieniem prosimy o zapoznanie się z treścią całego oświadczenia. Oświadczenie należy wypełnić jedynie w przypadku spełniania minimum jednego kryterium uczestnictwa, osoby dorosłej, dziecka i rodziny w projekcie.*

### 1. DANE OGÓLNE (zaznacz właściwe)

|                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO</b>                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>PESEL</b>                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>OBYWATELSTWO</b>                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>IMIONA I NAZWISKA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH NIEPEŁNOLETNIEGO UCZESTNIKA PROJEKTU</b>                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b>                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>POZIOM WYKSZTAŁCENIA SZKOŁA DO KTÓREJ W MOMENCIE PRZYSTĄPIENIA CHODZI UCZESTNIK/UCZESTNICZKA / EWENTUALNIE SZKOŁA NA KTÓREJ ZAKOŃCZYŁ/A EDUKACJE</b> | <input type="checkbox"/> wyższe <i>ISCED</i> -5-8<br><input type="checkbox"/> policealne <i>ISCED</i> -4<br><input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <i>ISCED</i> -3<br><input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe <i>ISCED</i> 0-2<br><input type="checkbox"/> podstawowe <i>ISCED</i> 1 (proszę zaznaczyć jeśli dziecko jest w szkole podstawowej)<br><input type="checkbox"/> brak |
| <b>PŁEĆ</b>                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |



| DANE TELEADRESOWE                                                                          |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| KRAJ                                                                                       |                                                           |
| WOJEWÓDZTWO                                                                                |                                                           |
| POWIAT                                                                                     |                                                           |
| GMINA                                                                                      |                                                           |
| KOD POCZTOWY                                                                               |                                                           |
| MIEJSCOWOŚĆ/ UL/ NR DOMU/MIESZKANIA                                                        |                                                           |
| TELEFON KONTAKTOWY                                                                         |                                                           |
| ADRES E-MAIL                                                                               |                                                           |
| STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU                                       |                                                           |
| OSOBA OBCEGO POCHODZENIA                                                                   | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| OSOBA PAŃSTWA TRZECIEGO                                                                    | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ (W TYM SPOŁECZNOŚCI MARGINALIZOWANE) | <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 |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b></p> <p><b>(PRZEZ OSOBE BIERNĄ ZAWODOWĄ NALEŻY ROZUMIEĆ OSOBE, KTÓRA NIE PRACUJE I NIE JEST BEZROBOTNA. ZA BIERNYCH ZAWODOWO UZNAJE SIĘ STUDENTÓW STUDIÓW STACJONARNYCH, POD WARUNKIEM, ŻE NIE PRACUJĄ. STUDENT ZATRUDNIONY, NAWET NA CZĘŚĆ ETATU, POWINIEN ZAZNACZYĆ STATUS DLA OSOBY PRACUJĄCEJ.)</b></p> | <input type="checkbox"/> bezrobotna, nie zarejestrowana w ewidencji Urzędu Pracy<br><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna<br><input type="checkbox"/> inne<br><input type="checkbox"/> bezrobotna, zarejestrowana w ewidencji Urzędu Pracy<br><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna<br><input type="checkbox"/> inne<br><input type="checkbox"/> pracująca<br><input type="checkbox"/> bierna zawodowo<br><input type="checkbox"/> inne<br><input type="checkbox"/> osoba ucząca się<br>Planowana data zakończenia edukacji<br>w placówce edukacyjnej .....<br><input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |
| <p><b>OSOBA PRACUJĄCA:</b><br/><b>(WYPEŁNIAJĄ TYLKO PRACUJĄCY UCZESTNICY)</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> w administracji rządowej<br><input type="checkbox"/> administracji samorządowej<br><input type="checkbox"/> inne<br><input type="checkbox"/> w MSP<br><input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej<br><input type="checkbox"/> na własny rachunek<br><input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>WYKONYWANY ZAWÓD</b><br/><b>(UWAGA J.W.)</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b>MIEJSCE NAUKI / MIEJSCE PRACY</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b>SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA PROJEKTU</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

## 2. ANKIETA KWALIFIKUJĄCA

### a) Kryteria kwalifikujące:

| Czy posiadasz dokument poświadczający, że jesteś osobą:                                                                                                                                                   | Wpisać właściwe | Kwalifikacja Pracownika CUS |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------|
| OWW/DiM/OF -Zamieszkiwanie/ pracowanie w rozumieniu KC gm. Czersk w woj. pomorskim (umowa najmu lub kopie rachunków za media lub inne równoważne dokument / /zaświadczenie od pracodawcy lub kopie umów). |                 |                             |

### b) Kryteria premiujące:



| Czy posiadasz dokument poświadczający, że jesteś osobą:                                                                                                                                                                                                   | Odpowiedź<br>(zaznacz x przy właściwej odpowiedzi) |     | Punkcja |  | Kwalifikacja Pracownika CUS |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----|---------|--|-----------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                           | TAK                                                | NIE |         |  |                             |
| Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności o znacznym / umiarkowanym/ lekkim stopniu niepełnosprawności (orzeczenie. o niepełnosprawności /orzeczenie ZUS/inny dokument potwierdzający stan zdrowia) – <b>10 pkt.</b>                                     | TAK                                                | NIE |         |  |                             |
| Korzysta z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 (skierowanie)- <b>10 pkt.</b>                                                                                                                                                     | TAK                                                | NIE |         |  |                             |
| Samotnie wychowuje dziecko/dzieci (oświadczenie) – <b>10 pkt.</b>                                                                                                                                                                                         | TAK                                                | NIE |         |  |                             |
| W kryzysie bezdomności, dotkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożone bezdomnością (zaświadczenie o wymeldowaniu /wyrok sądu o eksmisji /zaświadczenie z placówki wspierającej osoby w kryzysie bezdomności /oświadczenie)- <b>10 pkt.</b> | TAK                                                | NIE |         |  |                             |
| Osoba bezrobotna (zaświadczenie z PUP) - <b>10 pkt.</b>                                                                                                                                                                                                   | TAK                                                | NIE |         |  |                             |
| OWW: <b>+3 pkt.</b> za każde kryt. dla: K i os. 60+ (notatka służbowa na podstawie okazanego dokumentu).                                                                                                                                                  | TAK                                                | NIE |         |  |                             |
| Łączna ilość punktów:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    |     |         |  |                             |

### 3. WYBÓR FORMY WSPARCIA

| Nazwa zadania<br>(formy wsparcia) | Opis zadania<br>(formy wsparcia) | Chciałbym/ chciałybym uczestniczyć w tej formie wsparcia (zaznacz X przy wybranej formie wsparcia) | Kwalifikacja (wypełnia pracownik GOPS) |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|                                   |                                  |                                                                                                    |                                        |



|                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>SKOLENIA DLA<br/>KADRY<br/>ASYSTENCKIEJ- 10<br/>osób</b> | Szkolenie obejmuje łącznie 60 godzin, w tym:<br>• 20 godzin części teoretycznej, obejmującej zagadnienia ogólne z zakresu:<br>o wiedzy o niepełnosprawności,<br>o udzielania pierwszej pomocy,<br>o podstaw pielęgnacji,<br>o obsługi sprzętu pomocniczego;<br>• 40 godzin części praktycznej, realizowanej w formie przyuczenia do pracy, np. poprzez praktyki lub wolontariat.                                                                                                                                                                                                                           |  |  |
| <b>SKOLENIA DLA<br/>KADRY<br/>OPIEKUŃCZEJ – 3<br/>osoby</b> | Szkolenie obejmuje łącznie 80 godzin i dotyczy będzie realizacji usług kadry opiekuńczych na rzecz osób wymagających wsparcia (OWW), w tym udzielania pierwszej pomocy oraz pomocy przedmedycznej. Zakres szkolenia obejmować będzie m.in.:<br>• procesy pielęgnacyjne osób starszych oraz osób z niepełnosprawnościami (OzN),<br>• psychologiczne aspekty pracy kadry opiekuńczej i komunikacji z osobą starszą i OzN,<br>• opiekę higieniczną nad osobami starszymi i OzN,<br>• wybrane choroby wieku podeszłego,<br>• elementy terapii zajęciowej i rehabilitacji,<br>• profilaktykę przeciwośleźynową. |  |  |

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą i, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia – z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, który brzmi następująco: „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę, lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

Zostałam/em pouczone/a/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....  
miejsce i data

.....  
czytelny podpis/y\*

\*podpis składają wszystkie osoby dorosłe zgłaszające swój udział w projekcie jeżeli udział w projekcie dotyczy dzieci podpis składa rodzic dziecka lub jego opiekun prawny.