****

**Załącznik nr 1**

do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

„Akademia Bieszczadzkiego Seniora”

**Ankieta rekrutacyjna dla kandydatów zainteresowanych udziałem w projekcie „Dzienny Dom Pomocy Akademia Bieszczadzkiego Seniora w Ustrzykach Dolnych**

**Szanowni Państwo! Proponujemy Państwu uczestnictwo w Projekcie ,,Akademia Bieszczadzkiego Seniora” w Ustrzykach Dolnych. Projekt** współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Gminę Ustrzyki Dolne/Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ustrzykach Dolnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, **Okres realizacji projektu: 01.07.2019 - 31.03.2022,** Oś Priorytetowa: VIII. Integracja społeczna
Działanie: 8.3 – Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych.

* Dane wypełniane przez upoważnionego pracownika projektu

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Ustrzyki Dolne/Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ustrzykach Dolnych** |
| **DATA I GODZINA PRZYJĘCIA ANKIETY** |  |
| **NUMER PORZĄDKOWY ANKIETY** | **Nr kolejny/rok……………………………………………** |
| **PODPIS KOORDYNATORA PROJEKTU** |  |

**Przed wypełnieniem i złożeniem Ankiety prosimy o zapoznanie się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Projekcie.**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA/KANDYDATKI** |
| **IMIĘ/IMIONA** |  |
| **NAZWISKO** |  |
|  **Nr PESEL** |  |
| **Miejscowość i data urodzenia** |  |



|  |
| --- |
| **ADRES ZAMIESZKANIA/DANE KONTAKTOWE KANDYDATA/KANDYDATKI** |
| **ULICA** |  |
| **NUMER DOMU** |  | **NUMER LOKALU** |  |
| **KOD POCZTOWY** |  | **MIEJSCOWOŚĆ** |  |
| **POWIAT** |  **BIESZCZADZKI** | **GMINA** | **USTRZYKI DOLNE** |
| **ADRES E-MAIL/NR TELEFONU** |  |
| **OBSZAR** | □ wiejski□ miejski |
| **Informacje o Kandydacie/Kandydatce** |  **Obecnie korzystam z innych projektów współfinansowanych z Unii Europejskiej:****-TAK ( jeżeli ,,TAK” to z jakich)****………………………………………………………………………………………………………………****- NIE** |
| **Jestem osobą nieaktywną zawodowo:** | □ TAK □NIE |
| **Jestem osobą niesamodzielną która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb**  | □ TAK □NIE |
| **Korzystam Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa** | □ TAK □NIE |



|  |  |
| --- | --- |
| **Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia**  | □ TAK □NIE |
| **Jestem osobą z orzeczoną niepełnosprawnością** | □ TAK □NIE |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną oraz zaburzeniami psychicznymi , w tym niepełnosprawności intelektualnej lub / oraz całościowych zaburzeń rozwojowych**  | □ TAK □NIE |
| **Oświadczam, że zamieszkuję na terenie Gminy Ustrzyki Dolne**  | □ TAK □NIE |
| **Zobowiązuję się dołączyć zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza POZ stwierdzające, iż wymagam pomocy innych osób** | □ TAK □NIE |
| **Oświadczam, że w gospodarstwie domowym, wraz ze mną zamieszkuje ……… osób.** |  |
| **Oświadczam, że jestem osobą, której dochód nie przekracza kwoty .……….PLN na osobę samotnie gospodarującą, lub kwoty ………PLN na osobę zamieszkującą w rodzinie**  | □ TAK □NIE |
| **Jestem osobą wymagającą dowiezienia i odwiezienia do Dziennego Domu Pomocy** | □TAK □NIE |
| **Wykształcenie:** □niżej niż podstawowe □podstawowe □średnie □wyższe□ |  |
| **DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ ( jeżeli dotyczy)** |
| **IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA** |  | **ADRES ZAMIESZKANIA OPIEKUNA** |  |
| **TEL. KONTAKTOWY OPIEKUNA** |  |

UWAGI:

1. Formularz rekrutacyjny( ankieta) powinien być wypełniony w sposób czytelny i przejrzysty. Oryginał formularza rekrutacyjnego nie podlega zwrotowi;
2. Osoby zainteresowane udziałem w Projekcie, zobowiązane SA do złożenia prawidłowo wypełnionych dokumentów rekrutacyjnych wraz z wymaganym załącznikami i oświadczeniami.
3. Dokumenty rekrutacyjne należy złożyć osobiście w biurze projektu w terminie rekrutacji w dni robocze w Miejsko-Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Ustrzykach Dolnych pokój nr 4 w godzinach od 7:30 do 15:30 lub przesłać pocztą/kurierem , za potwierdzeniem odbioru na adres Biura Projektu.
4. Złożenie dokumentacji rekrutacyjnej nie jest jednoznaczne z przyjęciem do udziału w projekcie.

**Oświadczam iż:**

1.Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystanie moich danych osobowych na potrzeby rekrutacji zgodnie z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L.119.1), dalej „RODO”)

2. Zostałem poinformowany /-a o przyjętych kryteriach kwalifikacyjnych do udziału w projekcie ,,Akademia Bieszczadzkiego Seniora”, realizowanym w okresie od 01.07.2019r. do 31.03.2022r. i wyrażam zgodę na mój udział w postępowaniu rekrutacyjnym.

3.Zostałem/am poinformowany/a o tym ,że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

4. Zostałem poinformowana/y, iż administratorem danych osobowych, w ramach zbioru: *Regionalny Program Operacyjny Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020* jest Zarząd Województwa Podkarpackiego - pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, działający w imieniu Województwa Podkarpackiego;

5.Zostałem poinformowana/y, iż administratorem moich danych osobowych, w ramach zbioru: *Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych* jest Minister Infrastruktury i Rozwoju, z siedzibą w: 00-926 Warszawa, ul. Wspólna 2/4;

Świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 za składanie fałszywych zeznań.

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

 Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydata/ Kandydatki