

## Karta zgłoszenia do projektu

Ja, niżej podpisany/-a .....  
(imię i nazwisko)

Legitymujący/-a się numerem PESEL .....

zgłaszam chęć uczestnictwa w Projekcie „Pomoc po sąsiedzku - rozwój systemu usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej dla mieszkańców Poznania”, w zadaniu nr:

1	Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej	<b>X</b>
2	Sąsiedzkie usługi opiekuńcze	
3	Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania	
4	Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania*	
5	Usługa krótkotrwałego pobytu dziennego i całodobowego - opieka wytchnieniowa	
6	Wsparcie kompetencyjne OF (opiekunów faktycznych)	
7	Mieszkania o charakterze mieszkań wspomaganych	
8	Sąsiedzki Klub Seniora	
9	Towarzyszące usługi asystenckie	
10	Miejski Punkt Opieki Wytchnieniowej	

Ponadto oświadczam, iż wcześniej *zgłosiłem, -am się/ nie zgłosiłem, -am się\*\** do udziału w innej formie wsparcia w ramach projektu „Pomoc po sąsiedzku - rozwój systemu usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej dla mieszkańców Poznania”.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis kandydata/-tki lub  
rodzica/opiekuna prawnego (jeśli dotyczy)

\*Wsparcie w ramach zadania 4 skierowane jest do osób wymagających długotrwałej opieki. Zaznaczając chęć udziału w zadaniu 4 kandydat/-ka potwierdza, iż jest osobą wymagającą długotrwałej opieki.

\*\* Niepotrzebne skreślić.

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

<b>NAZWA BENEFICJENTA:</b>
Miasto Poznań – Partner wiodący Fundacja SOWELO - Partner
<b>TYTUŁ PROJEKTU:</b>
<i>Pomoc po sąsiedzku - rozwój systemu usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej dla mieszkańców Poznania</i>
<b>NR PROJEKTU:</b>
FEWP.06.13-IZ.00-0016/23

DANE UCZESTNIKA										
<b>IMIĘ</b>										
<b>NAZWISKO</b>										
<b>PESEL/INNY IDENTYFIKATOR</b>										
<b>PŁEĆ</b>	<b>MĘŻCZYZNA</b>		<b>KOBIETA</b>		<b>WIEK</b> (w chwili przystąpienia do projektu)					
<b>WYKSZTAŁCENIE:</b>	<b>ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0–2)</b> (przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum)									
	<b>PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4)</b> (osoby, które <u>ukończyły</u> szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną)									
	<b>WYŻSZE (ISCED 5–8)</b> (osoby, które <u>ukończyły</u> studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie)									

DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA	
WOJEWÓDZTWO	
POWIAT	
GMINA	
MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA	
NR BUDYNKU	
NR LOKALU	
KOD POCZTOWY	



DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES E-MAIL	

OKREŚLENIE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ (obligatoryjne)
Proszę zaznaczyć „X” we właściwych miejscach
<input type="checkbox"/> osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki/wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania minimum 1 z podstawowych czynności dnia codziennego, <u>w tym</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- osoba starsza <input type="checkbox"/></li> <li>- osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/></li> </ul>
<input type="checkbox"/> opiekun faktyczny w/w osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
KRYTERIA PREMIUJĄCE PUNKTOWE (jeśli dotyczy)
Należy zaznaczyć „X” we właściwych miejscach
Kryteria dotyczące osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, tj. osób starszych oraz z niepełnosprawnościami: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba zamieszkująca samotnie (1 pkt),</li> <li><input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością sprzężoną (1 pkt).</li> </ul>
Kryterium dotyczące opiekunów faktycznych: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> płeć kobieta (1 pkt).</li> </ul>

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU
Należy zaznaczyć „X” we właściwych miejscach
OSOBA OBCEGO POCHODZENIA
tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO
tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ
mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaïmska, fémkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ
1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie;



<b>STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b>		
Należy zaznaczyć „X” we właściwych miejscach		
2. Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane);		
3. Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemie, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą;		
4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia;		
5. Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
<b>OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI</b>		
Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI		

<b>STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b>		
Należy zaznaczyć „X” we właściwych miejscach		
<b>OSOBA BIERNIA ZAWODOWO</b>		
tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jest osobą pracującą ani bezrobotną		
w tym	<b>OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU</b>	
w tym	<b>OSOBA UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE</b> - studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące - dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierające naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących - doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie; w przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą zalicza się do osób pracujących; w przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, zalicza się do osób bezrobotnych	
w tym	inne	
<b>OSOBA BEZROBOTNA</b>		
- osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia		
w tym	<b>OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA</b> tj. pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat – z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego	
w tym	inne	
<b>OSOBA PRACUJĄCA</b>		
w tym	osoba prowadząca działalność na własny rachunek	
w tym	osoba pracująca w administracji rządowej	
w tym	osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)	
w tym	osoba pracująca w organizacji pozarządowej	
w tym	osoba pracująca w MMŚP	
w tym	osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	
w tym	osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą	
w tym	osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)	



w tym	osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)	
w tym	osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)	
w tym	osoba pracująca na uczelni	
w tym	osoba pracująca w instytucie naukowym	
w tym	osoba pracująca w instytucie badawczym	
w tym	osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz	
w tym	osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym	
w tym	osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki	
w tym	osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej	
w tym	inne	

<b>RODZAJ UCZESTNIKA</b>	INDYWIDUALNY	X	PRACOWNIK LUB PRZEDSTAWICIEL INSTYTUCJI/PODMIOTU	Nie dotyczy
<b>NAZWA PODMIOTU</b> (jeśli zaznaczono pole pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu)	Nie dotyczy			

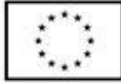
**Czy posiada Pan/ Pani szczególne potrzeby w kontekście dostępności wsparcia oferowanego w projekcie?**

(np. tłumacz PJM, SJM, SKOBN, pętla indukcyjna, powiększony tekst, wsparcie asystenta osoby niewidomej, głuchoniewidomej, z niepełnosprawnością fizyczną, szczególne potrzeby w zakresie żywienia)

--

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis kandydata/-tki do projektu lub rodzica/opiekuna prawnego (jeśli dotyczy)



## Deklaracja uczestnictwa w projekcie

Ja, niżej podpisany(a).....  
*imię i nazwisko*

PESEL:

.....,

deklaruję udział w projekcie pt. „Pomoc po sąsiedzku - rozwój systemu usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej dla mieszkańców Poznania” realizowanym przez Miasto Poznań wraz z Partnerem, Fundacją SOWELO, współfinansowanym przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027. Działanie 6.13 Usługi społeczne i zdrowotne.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
2. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pomoc po sąsiedzku - rozwój systemu usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej dla mieszkańców Poznania” oraz akceptuję jego postanowienia.
3. Oświadczam, że przynależę do grupy docelowej projektu określonej w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
4. Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y, że projekt jest finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
5. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych, stanowiącymi załączniki nr 1a i 1b do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
6. Przedstawione przeze mnie dane w formularzu rekrutacyjnym są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszej deklaracji. Jestem świadoma/-y odpowiedzialności, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis kandydata/-tki lub  
rodzica/opiekuna prawnego (jeśli  
dotyczy)

**Oświadczenie uczestnika/-czki dot. jego sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie**

I. Dane uczestnika/-czki										
Imię										
Nazwisko										
PESEL										
Płeć	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M									
Data zakończenia udziału w projekcie <i>(wypełnia realizator projektu)</i>										

II. Sytuacja po zakończeniu udziału w projekcie*
<p>Czy jest Pan/ Pani osobą, która:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie,</li> <li><input type="checkbox"/> podjęła pracę/ rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek,</li> <li><input type="checkbox"/> podjęła kształcenie lub szkolenie,</li> <li><input type="checkbox"/> uzyskała kwalifikacje,</li> <li><input type="checkbox"/> nabyła kompetencje,</li> <li><input type="checkbox"/> kontynuuje kształcenie,</li> <li><input type="checkbox"/> kontynuuje zatrudnienie,</li> <li><input type="checkbox"/> pracuje/ prowadzi działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka,</li> <li><input type="checkbox"/> poszukuje pracy po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka,</li> <li><input type="checkbox"/> poszukuje pracy,</li> <li><input type="checkbox"/> moja sytuacja społeczna uległa poprawie,</li> <li><input type="checkbox"/> inne.</li> </ul> <p>*Należy zaznaczyć minimum jedną z w/w odpowiedzi.</p>

Niniejszym oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne.

.....

**MIEJSCOWOŚĆ I DATA**

.....

**CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU**