**Załącznik nr 1  
do Regulaminu naboru opiekunów mobilnych  
do realizacji wsparcia „Opieka mobilna + wsparcie środowiskowe”**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**DLA KANDYDATA/KANDYDATKI NA OPIEKUNA MOBILNEGO**

w ramach **zadania nr 4** – Opieka mobilna + wsparcie środowiskowe

**Projekt nr FEDS.07.07-IP.02-0060/23 pt. „ZOBACZ WE MNIE CZŁOWIEKA – Wałbrzyskie Centrum Integracji Osób z Niepełnosprawnościami – opieka mobilna i stacjonarna dla mieszkańców Wałbrzycha i powiatu wałbrzyskiego”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wypełnia Beneficjent:** | |
| **Nr identyfikacyjny:** |  |
| **Data wpływu:** |  |

**Część A. DANE KANDYDATA/KANDYDATKI**

1. **Dane osoby kandydującej:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane Kandydata / Kandydatki** | Imię/Imiona |  | |
| Nazwisko |  | |
| PESEL |  | |
| Płeć |  | |
| Obywatelstwo |  | |
| Wykształcenie | * Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2), * Ponadgimnazjalne (ISCED 3) * Policealne (ISCED 4), * Wyższe (ISCED 5-8). | |
| **Miejsce zamieszkania i dane kontaktowe** | Województwo |  | |
| Powiat |  | |
| Gmina |  | |
| Miejscowość |  | |
| Obszar | * Miejski * Wiejski | |
| Ulica |  | |
| Nr budynku |  | |
| Nr lokalu |  | |
| Kod pocztowy |  | |
| Telefon kontaktowy |  | |
| Adres e-mail |  | |
| **Status osoby**  **na rynku pracy** | 1. Osoba bezrobotna: | * Tak | * Nie |
| 1. w tym osoba zarejestrowana w PUP | * Tak | * Nie |
| 1. w tym osoba długotrwale bezrobotna | * Tak | * Nie |
| 1. w tym inne |  | |
|  | 1. Osoba bierna zawodowo | * Tak | * Nie |
| **Status osoby**  **na rynku pracy** | 1. w tym osoba ucząca się / odbywająca kształcenie | * Tak   data zakończenia edukacji ………………….. | * Nie |
|  | 1. w tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu i szkoleniu | * Tak | * Nie |
|  | 1. w tym inne |  | |
|  | 1. Osoba pracująca | * Tak | * Nie |
| **Status w chwili przystąpienia do projektu** | Osoba obcego pochodzenia | * Tak * Nie | |
| Osoba państwa trzeciego | * Tak * Nie | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej) | * Tak * Nie * Odmowa podania informacji | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | * Tak * Nie | |

1. **KRYTERIA KWALIFIKACJI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dyspozycyjność**  (właściwe zaznaczyć X) | * Tak * Nie | |
| **Kwalifikacje personelu** (właściwe zaznaczyć X) | * Usługi opiekuńcze | * kwalifikacje do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy, asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarz, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej * doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego i odbyła minimum 80-godzinne szkolenie z zakresu realizowanej usługi, w tym udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej. |
| **Kwalifikacje personelu** (właściwe zaznaczyć X) | * Specjalistyczna usługa opiekuńcza | * 1. Posiadam kwalifikacje do wykonywania zawodu: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty lub innego zawodu dającego wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi. * 2. Posiadam co najmniej trzymiesięczne doświadczenie zawodowe w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednej z następujących jednostek: * szpitalu psychiatrycznym; * jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi; * placówce terapii lub placówce oświatowej, do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub upośledzeniem umysłowym; * ośrodku terapeutyczno-edukacyjno-wychowawczym; * warsztacie terapii zajęciowej; * innej jednostce niż wymienione powyżej świadczącej specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi. * Zdobywam lub podnoszę wymagane kwalifikacje zawodowe określone w pkt. 1, posiadam co najmniej roczny staż pracy w jednostkach, o których mowa w pkt. 2, mam zapewnioną możliwość konsultacji z osobami świadczącymi specjalistyczne usługi, posiadającymi wymagane kwalifikacje. * Posiadam przeszkolenie i doświadczenie w zakresie: * umiejętności kształtowania motywacji do akceptowanych przez otoczenie zachowań; * kształtowania nawyków celowej aktywności; * prowadzenia treningu zachowań społecznych. |

1. **SPECJALNE POTRZEBY ZGŁASZANE PRZEZ OSOBY KANDYDUJĄCE**

Zapewniamy dostępność do projektu dla wszystkich osób spełniających kryteria udziału w projekcie, niezależnie od niepełnosprawności**. Jeżeli zakwalifikują się Państwo do projektu, to otrzymają Państwo wsparcie dostosowane do Państwa potrzeb. Proszę wskazać, czy jest coś jeszcze, co możemy zrobić, aby mógł/mogła Pan/Pani w pełni skorzystać z projektu.**

……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

Szczególne potrzeby można zgłaszać również telefonicznie oraz mailowo, a także na bieżąco w trakcie trwania udziału w projekcie na każdym jego etapie.

1. **OŚWIADCZENIA**
2. Zgłaszam chęć udziału w projekcie nr FEDS.07.07-IP.02-0060/23 pt. „ZOBACZ WE MNIE CZŁOWIEKA – Wałbrzyskie Centrum Integracji Osób z Niepełnosprawnościami – opieka mobilna i stacjonarna dla mieszkańców Wałbrzycha i powiatu wałbrzyskiego”, współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027, Priorytet 7 Fundusze Europejskie na rzecz rynku pracy i włączenia społecznego na Dolnym Śląsku, Działanie 7.7 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych.
3. Akceptuję fakt, że złożone przeze mnie dokumenty rekrutacyjne nie są równoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału projekcie, nie będę wnosił/wnosiła żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora projektu.
4. Oświadczam, że zapoznałem/am się treścią Regulaminu naboru opiekunów mobilnych do realizacji wsparcia „Opieka mobilna + wsparcie środowiskowe” w ramach projektu nr FEDS.07.07-IP.02-0060/23, pt. „ZOBACZ WE MNIE CZŁOWIEKA – Wałbrzyskie Centrum Integracji Osób z Niepełnosprawnościami – opieka mobilna i stacjonarna dla mieszkańców Wałbrzycha i powiatu wałbrzyskiego” wraz z załącznikami oraz w pełni akceptuję wszystkie jego postanowienia.
5. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną DWUP - Instytucji Pośredniczącej Funduszami Europejskimi dla Dolnego Śląska 2021-2027 (stanowiącą załącznik nr 2 do Regulaminu) oraz Klauzulą Informacyjną RODO wobec Beneficjenta (stanowiącą załącznik nr 3 do Regulaminu) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach w nich wskazanych.
6. Oświadczam, że zgodnie z wymogami ujętymi w Regulaminie naboru opiekunów mobilnych do realizacji wsparcia „Opieka mobilna + wsparcie środowiskowe” w projekcie nr FEDS.07.07-IP.02-0060/23, pt. „ZOBACZ WE MNIE CZŁOWIEKA – Wałbrzyskie Centrum Integracji Osób z Niepełnosprawnościami – opieka mobilna i stacjonarna dla mieszkańców Wałbrzycha i powiatu wałbrzyskiego” jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie, spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.
7. Deklaruję uczestnictwo w formach wsparcia w projekcie, wskazanych w rozdziale III pkt. 2 regulaminu naboru opiekunów mobilnych do realizacji wsparcia „Opieka mobilna + wsparcie środowiskowe”.
8. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby projektu.
9. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczna (e-mail).
10. Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
11. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w formularzu rekrutacyjnym oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej.
12. Zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Realizatora projektu.
13. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

………………………………………………………..…                 …………………………………………………………………

*Miejscowość, data podpis Kandydata/Kandydatki*

**CZĘŚĆ B. DEKLARACJA UCZESTNICTWA**

**Projekt nr FEDS.07.07-IP.02-0060/23 pt. „ZOBACZ WE MNIE CZŁOWIEKA – Wałbrzyskie Centrum Integracji Osób z Niepełnosprawnościami – opieka mobilna i stacjonarna dla mieszkańców Wałbrzycha i powiatu wałbrzyskiego”**

Niniejszym oświadczam, iż:

1. dobrowolnie przystępuję do projektu nr FEDS.07.07-IP.02-0060/23, pt. „ZOBACZ WE MNIE CZŁOWIEKA – Wałbrzyskie Centrum Integracji Osób z Niepełnosprawnościami – opieka mobilna i stacjonarna dla mieszkańców Wałbrzycha i powiatu wałbrzyskiego” (zwanym dalej „Projektem”);
2. zapoznałem się z Regulaminem naboru opiekunów mobilnych wraz z załącznikami i akceptuje wszystkie warunki w nim zawarte;
3. spełniam wszystkie kryteria dostępu zawarte w Regulaminie naboru opiekunów mobilnych do realizacji wsparcia „Opieka mobilna + wsparcie środowiskowe”*.*

Zobowiązuję się do:

* 1. uczestnictwa w proponowanym przez Lidera i Partnerów wsparciu w ramach projektu,
  2. wypełniania dokumentów związanych z realizacją działań projektowych oraz ewentualnych ankiet niezbędnych w procesie monitorowania Projektu,
  3. bieżącego informowania o wszystkich zmianach, które mogą mieć wpływ na udział w Projekcie, w tym także bieżącej aktualizacji danych kontaktowych,
  4. przestrzegania Regulaminu naboru opiekunów mobilnych wraz z załącznikami.

1. Zostałem/łam poinformowany/na, iż uczestniczę w projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027; Priorytet 7 Fundusze Europejskie na rzecz rynku pracy i włączenia społecznego na Dolnym Śląsku, Działanie 7.7 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych.

|  |  |
| --- | --- |
| …..…………………………… | ………………………………………...………………………………………..……………… |
| *Miejscowość, data* | *Podpis Kandydata/Kandydatki* |
|  |  |

Załączniki do Deklaracji Uczestnictwa:

**Załącznik nr 1** – Oświadczenie w zakresie danych osobowych