



Projekt „Usługi społeczne w formie opiekuńczej, wychnieniowej i asystenckiej na rzecz społeczności lokalnej.” Nr. FEDS. 07.10-IP. 02 - 0003/24
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DLA KANDYDATÓW ZGŁASZAJĄCYCH SIĘ NA SZKOLENIE NA ASYSTENTÓW
OSOBISTYCH, ŚWIADCZĄCYCH OPIEKĘ WYCHNINIOWĄ ORAZ REALIZATORÓW USŁUG OPIEKUŃCZYCH
ZWYKŁYCH /SPECJALISTYCZNYCH.**

Miejsce i data złożenia formularza (wypełnia pracownik przyjmujący formularz)	
Miejsce:	
Data i podpis przyjmującego:	

1. Jestem kandydatem/kandydatką na wykonywanie usług oraz szkolenie w zakresie:

- ☐ asystencji/opieki wychnieniowej osoby z niepełnosprawnością
- ☐ opiekuna osoby z niepełnosprawnością

2. Imię:

3. Nazwisko:

4. PESEL / brak PESEL - inny identyfikator:

5. Wiek:

6. Wykształcenie:

- ☐ niższe niż podstawowe (ISCED 0)
- ☐ podstawowe (ISCED 1)
- ☐ gimnazjalne (ISCED 2)
- ☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3)
- ☐ policealne (ISCED 4)
- ☐ wyższe (ISCED 5-8)

7. Wykształcenie (zawód, kwalifikacje):

.....

.....

.....



8. Adres do kontaktu:

kraj:

województwo:

powiat:

gmina:

miejsowość:

kod pocztowy:

ulica, nr domu:

9. Telefon do kontaktu:

10. Adres e-mail:

11. Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:

☐ Osoba pracująca:

- stanowisko/nazwa pracodawcy

.....,

☐ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy,

☐ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy

W tym długotrwale bezrobotna:

☐ tak

☐ nie

Osoba długotrwale bezrobotna to osoba: bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (w przypadku osób poniżej 25 roku życia), bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (w przypadku osób powyżej 25 roku życia).

☐ osoba bierna zawodowo,

12. Kryteria dostępu:

☐ znajomość języka polskiego w stopniu komunikatywnym w mowie i piśmie;

☐ pełna zdolność do czynności prawnych ;



Projekt „Usługi społeczne w formie opiekuńczej, wychnieniowej i asystenckiej na rzecz społeczności lokalnej.” Nr. FEDS. 07.10-IP. 02 - 0003/24
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027

- ☐ stan zdrowia i możliwości psychofizyczne, które umożliwiają wykonywanie czynności wspierających uczestnika asystencji w codziennym funkcjonowaniu lub opiece;
- ☐ zamieszkiwanie na terenie gminy Siechnice;
- ☐ nieuczestniczenie w innych projektach z zakresu świadczenia usług społecznych (EFS+ /FST) realizowanych w typach operacji: 9.1 A i B, 7.7 (A, B, C, D) i 7.10 (A, B, C, D) obejmujących formy wsparcia jednakowe jak w niniejszym projekcie;
- ☐ bycie osobą niekaraną za przestępstwa umyślne przeciwko: życiu lub zdrowiu, rodzinie i opiece, czci i nietykalności cielesnej, wolności seksualnej lub obyczajności oraz przeciwko mieniu;

13. Kryteria premiujące:

- ☐ doświadczenie w realizacji usług społecznych (jeśli tak – proszę podać ilość lat:)
- ☐ byłem/byłam odpowiedzialna za koordynację lub rozwój usług asystencko – wychnieniowych,

14. Czy istnieją okoliczności, które mogą utrudniać Panu/Pani pracę w charakterze asystenta osoby z niepełnosprawnością lub opiekuna osoby z niepełnosprawnością?
(np. ograniczona mobilności, dyspozycyjność lub inne):

.....

.....

.....

15. Interesuje mnie udział w szkoleniu:

- ☐ w weekendy (od rana, piątek, sobota, niedziela)
- ☐ w dni robocze (od rana)

16. Oświadczam, że mój stan zdrowia oraz możliwości psychofizyczne umożliwiają wykonywanie czynności wspierających uczestnika asystencji/opieki wychnieniowej oraz/lub opieki nad osobą z niepełnosprawnością.

17. Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

18. Oświadczam, że nie byłem/-am osobą karaną za przestępstwa umyślne przeciwko: życiu lub zdrowiu, rodzinie i opiece, czci i nietykalności cielesnej, wolności seksualnej lub obyczajności oraz przeciwko mieniu. W momencie zakwalifikowania do projektu/przed etapem szkoleń zobowiązuje się do



przedłożenia zaświadczenia(wymagany wyciąg z Krajowego Rejestru Karnego oraz rejestru karnego kraju, którego jest obywatelem (jeśli dotyczy), z którego wynika, że nie był osobą karaną za ww. przestępstwa)

19. Oświadczam, że jestem osobą zamieszkałą na terenie Gminy Siechnice.
20. Oświadczam, że nie uczestniczę w innych projektach z zakresu świadczenia usług społecznych (EFS+ /FST) realizowanych w typach operacji: 9.1 A i B, 7.7 (A, B, C, D) i 7.10 (A, B, C, D) obejmujących formy wsparcia jednakowe jak w niniejszym projekcie.
21. Oświadczam, że zapoznałem/- am się z Regulaminem rekrutacji w zakresie świadczenia wsparcia w formie opiekuńczej, wychnieniowej i asystenckiej i akceptuję jego warunki.
22. Zobowiązuję się do przekazania informacji dotyczącej mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie (do 4 tygodni po zakończeniu udziału).
23. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za oświadczenie nieprawdy oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą.
24. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:
 - Osoba z krajów trzecich (osoba posiadająca obywatelstwo spoza Unii Europejskiej).
 - ☐ Tak
 - ☐ Nie
 - ☐ Odmowa podania informacji
 - Osoba obcego pochodzenia (cudzoziemiec).
 - ☐ Tak
 - ☐ Nie
 - ☐ Odmowa podania informacji
 - Osoba obcego pochodzenia (cudzoziemiec).
 - ☐ Tak
 - ☐ Nie
 - ☐ Odmowa podania informacji
 - Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie.
 - ☐ Tak
 - ☐ Nie
 - ☐ Odmowa podania informacji
 - Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań.
 - ☐ Tak
 - ☐ Nie



Projekt „Usługi społeczne w formie opiekuńczej, wychnieniowej i asystenckiej na rzecz społeczności lokalnej.” Nr. FEDS. 07.10-IP. 02 - 0003/24
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027

- ☐ Odmowa podania informacji
- Osoba korzystająca z FE Pomoc Żywnościowa.
 - ☐ Tak
 - ☐ Nie
 - ☐ Odmowa podania informacji
- Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (m.in. osoby zamieszkujące obszary wiejskie – DEGURBA3).
 - ☐ Tak
 - ☐ Nie
 - ☐ Odmowa podania informacji
- Osoba zamieszkująca samotnie.
 - ☐ Tak
 - ☐ Nie
 - ☐ Odmowa podania informacji

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis