



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w zadaniu nr 3
pn. „Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania na terenie Gminy Orły”
realizowanego w ramach projektu grantowego pt. **Usługi społeczne świadczone
w społeczności lokalnej na terenie LGD „ZIEMIA PRZEMYSKA** w ramach programu
regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021–2027 (FEP),
Priorytet FEPK.08 **Rozwój Lokalny Kierowany Przez Społeczność**,
Działanie FEPK.08.05 **Usługi społeczne świadczone w społeczności lokalnej**,
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu
Społecznego Plus

Informacje wypełniane przez osobę przyjmującą formularz:	
Data i podpis osoby przyjmującej formularz	
Numer formularza:	 / 3 / 2026 / G / EFS / GO

CZĘŚĆ I – DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA) – OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

1. Nazwisko i imię											
2. Pesel											
3. Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna										
4. Adres zamieszkania											
Miejscowość / ulica, nr domu / nr lokalu											
Kod pocztowy i Miejscowość / Obszar									☐ teren wiejski		
Gmina / Powiat / Województwo	☐ Gmina				☐ przemyski			☐ Podkarpackie			
5. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania)											
6. Telefon kontaktowy											
7. Adres e-mail											



8. Wykształcenie

- ☐ niższe niż podstawowe
☐ podstawowe
☐ gimnazjalne
☐ ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia lub zasadnicza)
☐ policealne
☐ wyższe

CZĘŚĆ II – INFORMACJE O STATUSIE KANDYDATA NA DZIEŃ ZŁOŻENIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO

1. Spełnianie kryterium formalnego - muszą być spełnione łącznie

(proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)

- ☐ Oświadczam, że jestem osobą, która potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu - należy przedłożyć zaświadczenie lekarskie stwierdzające niemożność samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (na załączniku nr 1 do Formularza zgłoszeniowego),
☐ Oświadczam, że zamieszkuje w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w województwie podkarpackim na obszarze Gminy Orły (należy przedłożyć faktury za media, umowa najmu lub inne dokumenty potwierdzające ten fakt),
☐ Oświadczam, że jestem osobą 60+ (należy umożliwić wgląd do dokumentu tożsamości),
☐ Oświadczam, że jestem osobą samotnie zamieszkującą lub osobą, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić (należy załączyć zaświadczenie z GOPS/MOPS)

2. Spełnienie kryterium premiującego (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- ☐ Oświadczam, że jestem osobą o lekkim stopniu niepełnosprawności (należy załączyć kserokopię Orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez uprawniony organ)
☐ Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną (należy załączyć zaświadczenie od lekarza)
☐ Oświadczam, że jestem osobą z chorobami psychicznymi (należy załączyć zaświadczenie od lekarza)
☐ Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną (należy załączyć zaświadczenie od lekarza)
☐ Oświadczam, że jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (należy załączyć zaświadczenie od lekarza)
☐ Oświadczam, że korzystam ze wsparcia w ramach Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową (należy załączyć zaświadczenie z GOPS)

**CZĘŚĆ III – INFORMACJE DODATKOWE**Proszę o udzielenie wsparcia w postaci: *(proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)***I. INFORMACJA O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH KANDYDATA**

Czy ze względu na stan zdrowia, niepełnosprawność lub inne ograniczenia posiada Pan/Pani szczególne potrzeby, których zapewnienie jest niezbędne do udziału w projekcie?

- ☐ Nie posiadam szczególnych potrzeb,
- ☐ Posiadam szczególne potrzeby, tj.:
- ☐ tłumacz polskiego języka migowego,
 - ☐ inne (proszę podać jakie?):
 -
 -

II. POZOSTAŁE INFORMACJE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

- ☐ Nie jestem lub nie byłem/em objęta/y tego samego rodzaju wsparciem, o które się ubiegam, w projektach realizowanych w Priorytecie 7 (FEP 2021-2027).
- ☐ Biorę lub brałem/am udział w innym projekcie w zakresie tego samego rodzaju wsparcia realizowanym w Priorytecie 7 (FEP 2021-2027):

Tytuł projektu:

Nazwa i adres podmiotu realizującego projekt:

.....

CZĘŚĆ IV – DANE UZUPEŁNIAJĄCE, ZGODNIE Z ZAKRESEM DANYCH PRZETWARZANYCH W SYSTEMIE CST2021**STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	☐ TAK	☐ NIE
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	☐ TAK	☐ NIE
Osoba długotrwale bezrobotna (Młodzież (<25 lat) przez okres ponad 6 miesięcy, Dorośli (25 lat lub więcej) przez okres ponad 12 miesięcy)	☐ TAK	☐ NIE
Osoba bierna zawodowo (Osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna)	☐ TAK	☐ NIE
w tym:	☐ Inne: ☐ Osoba ucząca się ☐ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	



Osoba pracująca	☐ w organizacji pozarządowej ☐ w administracji rządowej ☐ w administracji samorządowej ☐ w mikroprzedsiębiorstwie (do 9 pracowników) ☐ w małym przedsiębiorstwie (od 10 do 49 pracowników) ☐ w średnim przedsiębiorstwie (od 50 do 249 pracowników) ☐ w dużym przedsiębiorstwie (powyżej 250 pracowników) ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ inne: ☐ nie dotyczy
Wykonywany zawód	☐ instruktor praktycznej nauki zawodu ☐ nauczyciel kształcenia ogólnego ☐ nauczyciel wychowania przedszkolnego ☐ nauczyciel kształcenia zawodowego ☐ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ☐ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej ☐ pracownik instytucji rynku pracy ☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ☐ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ☐ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej ☐ pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej ☐ rolnik ☐ inne: ☐ nie dotyczy
Prosimy o wskazanie miejsca zatrudnienia	Nazwa zakładu pracy: ☐ nie dotyczy



STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba z niepełnosprawnościami	☐ TAK	☐ NIE
Osoba z krajów trzecich	☐ TAK	☐ NIE
Osoba obcego pochodzenia	☐ TAK	☐ NIE
Osoba należąca do mniejszości do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	☐ TAK	☐ NIE
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ TAK	☐ NIE
Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ TAK	☐ NIE

CZĘŚĆ V – OŚWIADCZENIE

1. Zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie.
2. Dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą, odpowiadają stanowi faktycznemu i zostałam/em poinformowana/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
3. Spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie oraz z własnej inicjatywy chcę uczestniczyć w projekcie.
4. Zapoznałam/em się z Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych zawartą w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
5. Wyrażam zgodę na mój udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
6. Zostałam/em poinformowana/y, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
7. Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w tym tzw. danych wrażliwych) zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Rozporządzeniem 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).), do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacją projektu, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta i Grantobiorcy z obowiązków sprawozdawczych wobec IZ. Jestem świadomy/a, że moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co skutkować będzie usunięciem mojej kandydatury. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie mojej zgody przed jej wycofaniem.
8. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych (w szczególności w wywiadach i ankietach) realizowanych przez IZ FEP lub innych uprawniony podmiot.
9. Wyrażam zgodę na publikację zdjęć z przebiegu realizacji projektu wykorzystywanych w celach związanych z jego promocją i sprawozdawczością.
10. Zostałam/em poinformowana/y o fakcie współfinansowania projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027.



11. Przyjmuję do wiadomości, że:

- dane zawarte w niniejszym Formularzu mogą być weryfikowane przez Beneficjenta,
- złożenie nieprawdziwego oświadczenia może być potraktowane jako próba wyłudzenia środków rzeczowych i może podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.

12. Niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Kandydata/Kandydatki

CZĘŚĆ VI - ZAŁĄCZNIKI

Do Formularza dołączono następujące załączniki:

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono	Liczba
1.	Zaświadczenie lekarskie stwierdzające niemożność samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY)	☒	
2.	Dokumenty potwierdzające zamieszkanie w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w województwie podkarpackim na obszarze Gminy Orły (ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY)	☒	
3.	Dowód osobisty (do wglądu – DOKUMENT OBOWIĄZKOWY) w celu weryfikacji wieku kandydata - osoba w wieku 60+ (wypełnia osoba przyjmująca formularz)	☐ Osoba w wieku 60 + ☐ Osoba poniżej 60 r.ż. Podpis osoby przyjmującej formularz	
4.	Zaświadczenie z GOPS/MOPS potwierdzające, że kandydat jest osobą samotnie zamieszkującą lub osobą, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić (ZAŁĄCZNIK OBOWIĄZKOWY)	☒	
5.	Orzeczenie o niepełnosprawności lub Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	☐	
6.	Zaświadczenie od lekarza potwierdzające niepełnosprawność sprzężoną	☐	
7.	Zaświadczenie od lekarza potwierdzające niepełnosprawność intelektualną	☐	
8.	Zaświadczenie od lekarza potwierdzające zaburzenia rozwojowe	☐	
9.	Zaświadczenie od lekarza potwierdzające chorobę psychiczną	☐	
10.	Zaświadczenie z GOPS potwierdzające korzystanie z FE PŻ	☐	



DECYZJA KOMISJI REKRUTACYJNEJ:

Kandydat **SPEŁNIA / NIE SPEŁNIA** kryteria formalne udziału w projekcie.

UZASADNIENIE (jeśli nie spełnia)

Kryteria premiujące:

☐	Osoba o lekkim stopniu niepełnosprawności	1 pkt.
☐	Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną	1 pkt.
☐	Osoba z niepełnosprawnością intelektualną	1 pkt.
☐	Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	1 pkt.
☐	Osoba z chorobą psychiczną	1 pkt.
☐	Osoba korzystająca z FE PŻ	1 pkt.
Łączna liczba uzyskanych punktów:		

Uwagi:

DECYZJA O ZAKWALIFIKOWANIU KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:

Decyzją Komisji Rekrutacyjnej kandydat **został / nie został*** zakwalifikowany do udziału w projekcie.

Uzasadnienie: (w przypadku niezakwalifikowania kandydata do udziału w projekcie):

Miejscowość i data:

1. Członek Komisji Rekrutacyjnej
2. Członek Komisji Rekrutacyjnej
3. Członek Komisji Rekrutacyjnej



DECYZJA DOTYCZĄCA USTALONEGO ZAKRESU WSPARCIA:

Zakres wsparcia obejmuje usługi opiekuńcze w wymiarze (średnio dziennie):

☐ 1 godz. ☐ 1,5 godz. ☐ 2 godz. ☐ 2,5 godz. ☐ 3 godz. ☐ inny:

Częstotliwość wsparcia:

☐ 1 raz w tyg. ☐ 2 razy w tyg. ☐ 3 razy w tyg. ☐ 4 razy w tyg. ☐ razy w tyg.

Średnia łączna liczba godzin w miesiącu: godzin

.....
Podpis Realizatora