

Załącznik Nr 3 do Regulaminu rekrutacji

**Karta zgłoszenia Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej
w ramach projektu „Usługi asystenckie dla osób niepełnosprawnych zamieszkujących teren Powiatu Monieckiego”**

I. DANE PROJEKTU											
Tytuł projektu	„Usługi asystenckie dla osób niepełnosprawnych zamieszkujących teren Powiatu Monieckiego”										
Numer projektu	RPPD.07.02.01-20-0082/20										
Oś priorytetowa	VII Poprawa Spójności Społecznej										
Działanie	Rozwój usług społecznych										
Poddziałanie	Rozwój usług społecznych i zdrowotnych na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym										
Termin realizacji projektu	od 01.08.2022 r. do 31.12.2023 r.										
II. DANE Kandydata na Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej											
Nazwisko											
Imię											
PESEL											
Data urodzenia							Format <i>dd-mm-rrrr</i>				
Wiek w chwili przystąpienia do projektu											
Płeć	Kobieta							Mężczyzna			
Miejsce urodzenia											
Adres zamieszkania											
Ulica, numer domu, mieszkania											
Kod/Miejscowość											

Województwo		Gmina	
Powiat			
Dane kontaktowe			
Telefon stacjonarny	<input type="checkbox"/> nie posiadam		
Telefon kontaktowy	<input type="checkbox"/> nie posiadam		
E-mail	<input type="checkbox"/> nie posiadam		
Poziom wykształcenia	Brak		Ponadgimnazjalne
	Podstawowe		Pomaturalne
	Gimnazjalne		Wyższe
III. STATUS UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
A. STATUS NA RYNKU PRACY			
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym: osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym: osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, w tym: osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne: <input type="checkbox"/> Osoba pracująca, w tym: osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne: <input type="checkbox"/> Wykonywany zawód, w tym: nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/>			



inny:

B. STATUS OSOBOWY

Osoba z niepełnosprawnościami

- Tak
 Nie
 Odmowa podania informacji

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

- Tak
 Nie
 Odmowa podania informacji

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

- Tak
 Nie
 Odmowa podania informacji

Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących

- Tak
 Nie
 Odmowa podania informacji

w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu

- Tak
 Nie
 Odmowa podania informacji

Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu

- Tak
 Nie
 Odmowa podania informacji

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

- Tak
 Nie
 Odmowa podania informacji

Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego

- Tak
 Nie

Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ)

- Tak
 Nie

Posiadane uprawnienia, umiejętności:

.....
.....
.....
.....



Informacje na temat doświadczenia w opiece osób niepełnosprawnych:

.....

.....

.....

.....

.....

Dodatkowe informacje (ewentualny czas pracy, prawo jazdy,):

.....

.....

.....

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
2. Przyjmuję do wiadomości, iż wypełnienie i złożenie w terminie rekrutacji formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
3. Zostałam/tem poinformowana/ny, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Jestem uprawniona/y do uczestnictwa w Projekcie zgodnie z zapisami Regulaminu i spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w Projekcie. W przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w Projekcie zobowiązuje się do podpisania umowy uczestnictwa w Projekcie oraz podpisania deklaracji uczestnictwa w Projekcie oraz innych dokumentów dotyczących uczestnictwa w Projekcie wymaganych przez Beneficjenta.
5. Oświadczam, że korzystam/ nie korzystam równolegle ze wsparcia tego samego rodzaju innych projektach realizowanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014 – 2020, Programów Ministerialnych, Rządowych lub innych projektach pozakonkursowych realizowanych przez Powiatowe Urzędy Pracy finansowane w ramach Funduszy Europejskich.

Tym samym Asystentem Osobistym Osoby Niepełnosprawnej może być osoba, która będzie wykonywała usługi w ramach w/w projektu w innych godzinach niż świadczenie usług asystenta w ramach innych projektów.

6. Zostałam/em poinformowana/y, że w przypadku zakwalifikowania się do projektu, dane osobowe zostaną wprowadzone do aplikacji głównej centralnego systemu teleinformatycznego (SL2014) czyli systemu wspierającego realizację programów operacyjnych realizowanych w ramach Funduszy Europejskich 2014-2020.
7. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym Formularzu przez Administratora – Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego, ul. Kard. Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok oraz Beneficjenta Projektu - Powiat Moniecki, ul. Słowackiego 5a, 19-100 Mońki, któremu powierzone zostały do przetwarzania dane osobowe, w celu i zakresie niezbędnym do realizacji niniejszego Projektu.



8. Jestem świadomy/a, iż:

- a) podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
- b) posiadam prawo dostępu do treści swoich danych i danych mojego dziecka/podopiecznego i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem ich przetwarzania do momentu cofnięcia zgody;
- c) podane przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane 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 (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1);
- d) moje dane osobowe oraz dane mojego dziecka/podopiecznego będą przechowywane przez okres zgodny z obowiązującymi przepisami archiwalnymi, tj. ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. Nr 14 poz. 67 z późn. zm.);
- e) jeśli uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO, mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Uprzedzona(y) o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, jestem świadoma(y) odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis Kandydata na AON)