



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Biuro projektu:	
Nazwa	
Adres	
telefon	
e-mail:	

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do

Zadania nr 3 – Organizacja usług sąsiedzkich w Mieście Dynów

realizowanego w ramach projektu grantowego pt. „**Organizacja usług sąsiedzkich na obszarze LGD Pogórze Przemysko-Dynowskie, wsparcie dla osób 60+ z Miasta i Gminy Dubiecko oraz gmin miejskiej i wiejskiej Dynów**”, w ramach wdrażania Strategii Rozwoju Lokalnego Kierowanego Przez Społeczność na lata 2023-2029 Lokalnej Grupy Działania „Pogórze Przemysko-Dynowskie”, w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021–2027, 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, nr FEPK.08.05-IZ.00-0004/25.

I. Potwierdzenie przyjęcia (wypełnia podmiot przyjmujący formularz):		
Data i godzina wpływu	Nr formularza	Podpis osoby przyjmującej
	/2026 /MD/8.5	

UWAGA: Formularz należy wypełniać czytelnie

II. DANE KANDYDATA		
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	PESEL	
4.	Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
5.	Wiek /w latach/	
6.	Obywatelstwo	
III. DANE TELEADRESOWE KANDYDATA		
1.	Kraj	
2.	Województwo	
3.	Powiat	



4.	Gmina	
5.	Miejscowość	
6.	Ulica	
7.	Nr domu/lokalu	
8.	Kod pocztowy, poczta	
9.	Telefon kontaktowy	
10.	E-mail	
IV. DANE TELEADRESOWE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO / PRAWNEGO (jeśli dotyczy)		
1.	Imię i Nazwisko	
2.	Telefon kontaktowy	
3.	E-mail	
4.	Adres zamieszkania	
V. KRYTERIA FORMALNE		
Ja niżej podpisany/na oświadczam, że:		
Zamieszkuję w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego w Mieście Dynów (art.25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu). - Należy przedłożyć zaświadczenie o zameldowaniu lub inny dokument potwierdzający.		☐ Tak ☐ Nie
Mam ukończone 60 lat. - Należy przedłożyć do wglądu dokument tożsamości		☐ Tak ☐ Nie
Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. - Należy przedłożyć zaświadczenie lekarskie stwierdzające niemożność samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. (wzór zaświadczenia stanowi załącznik nr 1 do formularza rekrutacyjnego)		☐ Tak ☐ Nie
VI. KRYTERIA PREMIUJĄCE		
Ja niżej podpisany/na oświadczam, że:		
Jestem osobą zamieszkującą samotnie. - Dokument potwierdzający: Zaświadczenie z OPS.		☐ Tak (3 pkt) ☐ Nie (0 pkt)
Jestem osobą zamieszkującą wspólnie z inną osobą wymagającą wsparcia, w wieku 60+ (np. współmałżonek) - Dokument potwierdzający: Zaświadczenie z OPS.		☐ Tak (2 pkt) ☐ Nie (0 pkt)
Jestem osobą o znacznym stopniu niepełnosprawności. - Dokument potwierdzający: zaświadczenie lekarskie, orzeczenie o		☐ Tak (3 pkt) ☐ Nie (0 pkt)



stopniu niepełnosprawności			
Jestem osobą o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. - Dokument potwierdzający: zaświadczenie lekarskie, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności		☐ Tak (2 pkt)	☐ Nie (0 pkt)
VII. INFORMACJA O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH KANDYDATA			
W przypadku osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności co możemy zrobić, aby Pani/Pan czuła/czuł się u nas komfortowo? – proszę o zaznaczenie odpowiedzi			
☐ Nie posiadam szczególnych potrzeb ☐ Posiadam szczególne potrzeby, tj.: ☐ tłumacz polskiego języka migowego ☐ inne (proszę podać jakie?)			
VIII. 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/em 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: - W załączeniu: zaświadczenie z instytucji udzielającej wsparcia.			
IX. WSKAZANIE OSOBY UDZIELAJĄCEJ WSPARCIA			
Ja niżej podpisana/y oświadczam, że wyrażam wolę by osobą wykonującą dla mnie usługi sąsiedzkie był/a osoba wskazana poniżej, która wypełniła Formularz kandydata na osobę wykonującą usługi sąsiedzkie stanowiący załącznik nr 2 do Formularza Rekrutacyjnego			
Imię i Nazwisko: (wskazywanego kandydata na osobę wykonującą usługi sąsiedzkie)			
X. ZAŁĄCZNIKI			
Przedkładał następujące dokumenty potwierdzające spełnianie kryteriów rekrutacji:			Liczba sztuk
1.	Dokumenty potwierdzające miejsce zamieszkania		
2.	Zaświadczenia z właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej		
3.	Zaświadczenie lekarskie		
4.	Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności		
5.	Formularz kandydata na osobę wykonującą usługi sąsiedzkie - załącznik nr 2 do Formularza Rekrutacyjnego		
6.	Inne:		



XI. OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

1. Dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą, odpowiadają stanowi faktycznemu i zostałam/em poinformowana/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
2. Zapoznałam/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego zapisy.
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.

.....
/miejscowość, data/

.....
/czytelny podpis Uczestnika Projektu
bądź opiekuna prawnego lub faktycznego - jeśli dotyczy/