

Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji
i Udziału w Projekcie
„Usługi społeczne w Mieście Jaśle”
w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych usługami
asystenckimi

.....
miejsowość i data

ANKIETA REKRUTACYJNA

Szanowni Państwo,

W związku z ubieganiem się o objęcie usługą asystencką w ramach projektu „Usługi społeczne w Mieście Jaśle”, który jest realizowany przez Gminę Miasto Jasło/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaśle, w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027, Priorytet 7 FEPK.07 Kapitał ludzki gotowy do zmian, Działanie 07.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety.

Informacje wypełniane przez Beneficjenta:	
Data i godzina przyjęcia ankiety:	
Numer ankiety:/..... Numer kolejny/rok/
Podpis koordynatora/asystenta koordynatora projektu/asystenta usług asystenckich	

Dane podstawowe:	Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o uczestnictwo w projekcie „Usługi społeczne w Mieście Jaśle:
	PESEL:
Dane teleadresowe/ miejsce zamieszkania:	Ulica:
	Nr domu/lokalu:
	Kod pocztowy, miejscowość:
	Województwo:
	Telefon kontaktowy:
	Adres poczty elektronicznej:
Informacje o Kandydacie/ Kandydatce	Obecnie korzystam z innych projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej: <input type="checkbox"/> tak (kto i jakich) <input type="checkbox"/> nie

	<p>Korzystałem/korzystam z usług asystencji dla osoby niepełnosprawnej w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” lub w ramach innych programów /projektów realizowanych przez Beneficjenta tj. przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaśle:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>Jestem osobą niepełnosprawną¹:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>Korzystam z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>Posiadam orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważne:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>Jestem osobą samotnie zamieszkującą:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>Jestem osobą z chorobami psychicznymi:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>Zakres wsparcia usługi asystenckiej: (proszę zaznaczyć w jakich czynnościach mógłby <u>towarzyszyć/asystować</u> Panu/Pani Asystent w Projekcie):</p> <p><input type="checkbox"/> asystowanie w czynnościach dnia codziennego np.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - asystowanie przy przygotowywaniu posiłków; - asystowanie przy sprzątanii mieszkania; - dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji

¹ Osoba niepełnosprawna - osoba legitymująca się orzeczeniem o lekkim, umiarkowanym, znacznym stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub równoważnym do wyżej wymienionych

	<p>towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie;</p> <ul style="list-style-type: none"> - pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schodów, krawężników, otwieranie drzwi osobom chodzącym; - pomoc w orientacji przestrzennej (osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym); <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> asystowanie w spędzaniu czasu wolnego (np. spacer, gry towarzyskie); <input type="checkbox"/> asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością np. w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym,; <input type="checkbox"/> załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej; <input type="checkbox"/> wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się; <input type="checkbox"/> pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni; <input type="checkbox"/> wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością <input type="checkbox"/> inne (jakie?)
--	---

Oświadczam, iż:

– Zapoznałem się z poniższą klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych: Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaśle**, zwany dalej: „Administratorem”. Kontakt do Administratora: tel. **13 446 43 28**, e-mail: mopsjaslo@mopsjaslo.pl. **Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: iod@mopsjaslo.pl**, z którym można się kontaktować w sprawach dot. danych osobowych oraz realizacji praw. Projekt „Usługi społeczne w Mieście Jaśle”, jest realizowany przez Miasto Jasło/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaśle, w ramach w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027, Priorytet 7 FEPK.07 Kapitał ludzki gotowy do zmian, Działanie 07.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej. Podstawa prawna do przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit g RODO w związku z realizacją zadań wynikających m.in. z:

- 1) rozporządzenia ogólnego,
- 2) rozporządzenia nr 2021/1057,
- 3) ustawy wdrożeniowej

Pana/Pani dane mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa np. Instytucji Pośredniczącej lub innym podmiotom audytorskim weryfikującym realizację projektu. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od dnia 31 grudnia roku, w którym Instytucja Pośrednicząca dokonała ostatniej płatności na rzecz Beneficjenta. Okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym, zostaje wstrzymywany w przypadku wszczęcia postępowania prawnego albo na wniosek Komisji Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących przez Administratora narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.

Projekt „Usługi społeczne w Mieście Jaśle” realizowany w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027, Priorytet 7 FEPK.07 Kapitał ludzki gotowy do zmian Działanie 07.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej



Fundusze Europejskie
dla Podkarpacia



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODKARPACKIE
przestrzeń otwarta

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do udzielenia wsparcia w ramach projektu „Usługi społeczne w Mieście Jaśle” ze względu na wymogi prawne nałożone na administratora danych, w tym m.in. konieczność prowadzenia dokumentacji projektowej, przeprowadzenie odpowiedniej rekrutacji. Odmowa podania danych może być podstawą do odmowy udziału w projekcie. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w oparciu o profilowanie.

- **Zobowiązuję się do przekazania (w terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału) Miejskiemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Jaśle informacji dotyczących mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie (zgodnie z zakresem wskazanym przez Beneficjenta).**
- Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
- **Oświadczam, iż mój stan zdrowia nie uniemożliwia świadczenie usługi asystenckiej w Projekcie przez Asystenta w zakresie określonym w Regulaminie Rekrutacji i Udziału W Projekcie „Usługi społeczne w Mieście Jaśle”**

Jasło, dnia

.....
/Czytelny podpis /

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne z prawdą.

Jasło, dnia

.....
/Czytelny podpis/

Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji
i Udziału w Projekcie
„Usługi społeczne w Mieście Jaśle”
w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych usługami
asystenckimi

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/a (imię i nazwisko), zamieszkały/a
.....PESEL:
oświadczam, że zapoznałem/am się z *Regulaminem Rekrutacji i Udziału W Projekcie „Usługi społeczne w Mieście Jaśle” w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych usługami asystenckimi* i akceptuję określone w ww. Regulaminie warunki uczestnictwa.

.....
(data)

.....
(podpis)



Załącznik nr 3 do Regulaminu Rekrutacji
i Udziału W Projekcie
„Usługi społeczne w Mieście Jasła”
w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych usługami
asystenckimi

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/a (imię i nazwisko), zamieszkały/a
.....PESEL:.....
oświadczam, że zamieszkuję na terenie miasta Jasła w województwie podkarpackim.*

.....
(data)

.....
(podpis)

*Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą na podstawie art. 233
KK

Załącznik nr 4 do Regulaminu Rekrutacji
i Udziału w Projekcie
„Usługi społeczne w Mieście Jaśle”
w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych usługami
asystenckimi

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/a (imię i nazwisko), zamieszkały/a
.....PESEL:.....
oświadczam, że ukończyłem/am 18 rok życia.

.....
(data)

.....
(podpis)

Załącznik nr 5 do Regulaminu Rekrutacji
i Udziału w Projekcie
„Usługi społeczne w Mieście Jaśle”
w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych usługami
asystenckimi

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/a (imię i nazwisko), zamieszkały/a
.....PESEL:.....oś
wiadczam, że jestem/nie jestem* osobą samotnie zamieszkującą**

.....
(data)

.....
(podpis)

*niewłaściwe skreślić

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą na podstawie art. 233
KK

Jaśło, dn.

.....
/imię i nazwisko/

.....
/adres zamieszkania/

Do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jaśle

Proszę o wydanie zaświadczenia potwierdzającego fakt korzystania / nie korzystania* przeze mnie z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową.

.....
/podpis/

**niepotrzebne skreślić*