

## ZARZĄDZENIE Nr 9/2019

Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dukli

z dnia 9 grudnia 2019r.

w sprawie wprowadzenia regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Sprzęt-dobre wsparcie” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII Integracja Społeczna /Działanie nr 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych.

Na podstawie § 11 ust.3 Statutu Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dukli oraz umowy nr RPPK.08.03.00-18-0028/19-00 z dnia 18 lipca 2019 r. i zatwierdzonym wnioskiem o dofinansowanie projektu pn. „Sprzęt –dobre wsparcie” zarządzam co następuje:

### § 1

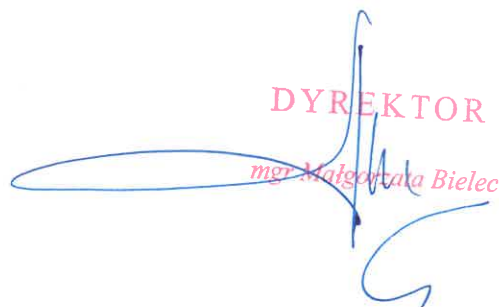
Wprowadza się regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Sprzęt- dobre wsparcie”, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Działania 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych o numerze RPPK.08.03.00-18-0028/19.

### § 2

Wykonanie zarządzenia powierza się Dyrektorowi Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dukli.

### § 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

  
DYREKTOR  
mgr Małgorzata Bielec

## REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „SPRZĘT – DOBRE WSPARCIE”

### 1. Postanowienia ogólne

#### § 1

Ilekcroć w niniejszym regulaminie mowa o:

- 1) **Projekcie** - należy przez to rozumieć projekt pn. „Sprzęt – dobre wsparcie” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 – 2020, Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działanie 8.3. Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, realizowany na podstawie umowy RPPK.08.03.00-18-0028/19-00,
- 2) **Beneficjencie** – należy przez to rozumieć Gminę Dukla/ Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dukli (ul. Kościuszki 4, 38-450 Dukla),
- 3) **Kandydacie** – rozumie się przez to osobę (kobietę, mężczyznę) zainteresowaną uczestnictwem w Projekcie, ubiegającą się o zakwalifikowanie do udziału w Projekcie,
- 4) **Uczestniku Projektu** – rozumie się przez to osobę (kobietę, mężczyznę) zakwalifikowaną do udziału w Projekcie w oparciu o Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, która podpisała wszystkie dokumenty rekrutacyjne i udostępniła dane osobowe.
- 5) **Biuże Projektu** – rozumie się przez to Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dukli (ul. Kościuszki 4, 38-450 Dukla), pokój oznaczony tabliczką projektu, tel. 13 43 29 161,
- 6) **Osobie niesamodzielnej** – przez co należy rozumieć osobę, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Do oceny stosowana jest Skala Barthel, w której bierze się pod uwagę czynności tj: spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie i rozbieranie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety oraz kontrolowanie czynności fizjologicznych. Status osoby niesamodzielnej musi być potwierdzony zaświadczeniem lekarskim.
- 7) **Wypożyczalni** – przez co należy rozumieć Wypożyczalnię sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego działającą w ramach statutowej działalności MOPS w Dukli
- 8) **Regulaminie Wypożyczalni** – rozumie się przez to Regulamin Wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego działającą w ramach statutowej działalności MOPS w Dukli
- 9) **Sprzęcie** – przez co należy rozumieć sprzęt pielęgnacyjny, rehabilitacyjny i wspomagający stanowiący wyposażenie Wypożyczalni.

### II. Informacje o projekcie

#### § 2

1. Projekt pn. „Sprzęt – dobre wsparcie” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 – 2020, Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działanie 8.3. Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, realizowany na podstawie umowy RPPK.08.03.00-18-0028/19-00.

2. Projekt jest realizowany przez Gminę Dukla/ Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dukli w okresie od 01.10.2019 - 31.12.2022 r.
3. Biuro Projektu mieści się w budynkach Urzędu Gminy Dukla ul. Kościuszki 4, 38-450 Dukla i czynne jest od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej.
4. Celem głównym Projektu jest zwiększenie 179 niesamodzielnym mieszkańcom Gminy Dukla dostępu do korzystania z bezpłatnego sprzętu rehabilitacyjnego, wspomagającego i pielęgnacyjnego oraz poprawa funkcjonowania w życiu codziennym 119 niesamodzielnych mieszkańców Gminy Dukla do dnia 31.12.2022 r.
5. Grupę docelową stanowi 179 osób (100K/79M), zamieszkujących woj. podkarpackie, gm. Dukla, zaliczanych do grupy osób starsze/niesamodzielne w rozumieniu Skali Barthel, które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebują opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego i przedłożą zaświadczenie lekarskie potwierdzające posiadanie statusu osoby niesamodzielnej oraz zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność i okres korzystania z danego sprzętu rehabilitacyjnego.
6. Zadania realizowane w ramach projektu: Utworzenie Wypożyczalni w gminie Dukla, Funkcjonowanie Wypożyczalni w gminie Dukla.
7. Główne rezultaty, które dzięki realizacji projektu zostaną osiągnięte:  
Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych – 72 szt.  
Liczba osób, u których nastąpiła poprawa jakości życia w wyniku objęcia usługami zdrowotnymi – 119 os.  
Liczba osób, u których nastąpiło ułatwienie wykonywania przynajmniej jednej czynności dnia codziennego w wyniku objęcia usługami zdrowotnymi – 119 os.  
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie – 179 os.  
Liczba utworzonych wypożyczalni w ramach projektu - 1 szt.
8. Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Budżetu Państwa.
9. Udział w Projekcie jest bezpłatny.
10. Okres realizacji projektu: od 01.10.2019 do 31.12.2022 roku.
11. W Projekcie i w procesie rekrutacji przestrzegane będą polityki i zasady wspólnotowe, w tym zasada równości szans kobiet i mężczyzn oraz zasada równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.

### III. Procedura rekrutacji

#### § 3

1. Dokumenty rekrutacyjne i inne informacje związane z rekrutacją i realizowanym Projektem dostępne są w Biurze Projektu i Wypożyczalni w wersji papierowej oraz opublikowane są na stronie internetowej [www.mops.dukla.pl](http://www.mops.dukla.pl) w zakładce Projekt „Sprzęt – dobre wsparcie”.
2. Rekrutacja uczestników będzie przebiegała w sposób ciągły, przez cały okres realizacji Projektu.
3. Kandydaci będą mogli składać wypełnione dokumenty rekrutacyjne w Wypożyczalni osobiście, pocztą tradycyjną, e-mailem a także przez osoby trzecie. Kandydat może otrzymać pomoc pracownika w wypełnieniu Formularza rekrutacyjnego w sytuacji pojawienia się trudności z wypełnieniem formularza.
4. W Projekcie mogą uczestniczyć osoby, które spełniają następujące warunki:

- 1) Mieszkają na terenie Gminy Dukła,
- 2) Są osobami niesamodzielnymi i posiadają zaświadczenie lekarskie potwierdzające status osoby niezamodzielnej w rozumieniu skali Barthel oraz zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność i okres korzystania z danego Sprzętu,
- 3) Zapoznają się z Regulaminem Wypożyczalni i Regulaminem Rekrutacji,
- 4) Wypełnią i złożą dokumenty rekrutacyjne.
- 5) Podpiszą umowę wypożyczenia Sprzętu i wymagane załączniki.

5. Na komplet dokumentów rekrutacyjnych składa się:

- 1) Formularz Rekrutacyjny – załącznik 1
- 2) Wzór Zaświadczenia lekarskiego – załącznik 2
- 3) Oświadczenie o braku możliwości finansowania Sprzętu ze środków publicznych – załącznik 3
- 4) Pełnomocnictwo – załącznik 4

6. Oceny złożonych dokumentów rekrutacyjnych dokona Komisja rekrutacyjna. Złożenie kompletu dokumentów rekrutacyjnych stanowi rozpoczęcie weryfikacji i nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Projekcie. Ocena zgłoszeń podzielona będzie na dwa etapy:

1) Weryfikacja formalna – sprawdzenie kompletności i poprawności wypełnienia dokumentów rekrutacyjnych. Weryfikacja spełnienia kryteriów formalnych: zamieszkanie na terenie Gminy Dukła, zaświadczenie lekarskie potwierdzające status osoby niezamodzielnej w rozumieniu skali Barthel oraz zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność i okres korzystania z danego Sprzętu, oświadczenie o braku możliwości finansowania danego sprzętu ze środków publicznych.

2) Weryfikacja kryteriów dodatkowych (punktowych) – dokonywana w przypadku gdy na dany Sprzęt będzie jednocześnie oczekiwać co najmniej dwie osoby:

- osoby korzystające ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2019 r. poz.1507) lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określone w art. 7 ustawy, w procesie rekrutacji otrzymają 2 pkt.;

- osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r. poz.1172), w procesie rekrutacji otrzymają 4 pkt.;

- osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r. poz.1878), w procesie rekrutacji otrzymają 5 pkt.;

- rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, w procesie rekrutacji otrzymają 3 pkt.

W przypadku uzyskania przez Kandydatów/Kandydatki takiej samej ilości punktów Kryterium rozstrzygającym będzie dochód nie przekraczający 150% kryterium dochodowego rozumianego zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2019 r. poz.1507). Potwierdzeniem spełnienia powyższych wymagań stanowić będzie zaświadczenie odpowiednich instytucji lub oświadczenie osoby niesamodzielnej.

7. W przypadku większej ilości chętnych na ten sam Sprzęt zostanie utworzona lista rezerwowa, z której wyłonieni zostaną kolejni uczestnicy w przypadku rezygnacji lub dostępności Sprzętu.

8. Komisja rekrutacyjna po przeprowadzeniu weryfikacji złożonych w procesie rekrutacji dokumentów wytypuje kandydatów do:

- 1) złożenia Deklaracji udziału w Projekcie
- 2) podpisania Umowy Użyczenia Sprzętu
- 3) wypełnienia ankiet ewaluacyjnych i oświadczeń Uczestnika Projektu

7. Kandydat nabywa prawa i obowiązki Uczestnika Projektu w momencie podpisania Umowy Użyczenia Sprzętu.

8. Informacja o wynikach rekrutacji do Projektu przekazana zostanie Kandydatowi osobiście, drogą telefoniczną lub/i elektroniczną.

9. W sytuacji, gdy osoba (złożyła już wcześniej komplet dokumentów rekrutacyjnych i jest uczestnikiem projektu) chciałaby ponownie skorzystać z wypożyczenia sprzętu, składa tylko wnioski o wypożyczenie sprzętu i zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność korzystania z danego sprzętu rehabilitacyjnego (wydane nie wcześniej niż 1 miesiąc przed datą złożenia wniosku), a także oświadczenie potwierdzające dane osobowe w pierwotnie składanych dokumentach rekrutacyjnych i wniosku o wypożyczenie sprzętu.

#### **IV. Prawa i obowiązki uczestnika Projektu**

##### **§ 4**

1. Uczestnik Projektu ma prawo do:

- 1) Nieodpłatnego udziału w Projekcie,
- 2) Uzyskania porady od pracownika obsługującego Wypożyczalnię dotyczącej możliwości technicznych Sprzętu oraz skorzystania z nauki obsługi i wykorzystania Sprzętu,
- 3) Wypożyczenia maksymalnie 3 rodzajów Sprzętu, w zależności od potrzeb.
- 4) Skorzystania ze wsparcia w formie nieodpłatnej usługi dostarczenia i odbioru sprzętu do i z miejsca zamieszkania w przypadku złożeniu pisemnego zapotrzebowania na transport i oświadczenia o braku transportu własnego.

2. Uczestnik Projektu zobowiązany jest do:

- 1) Udostępnienia swoich danych osobowych, niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu oraz natychmiastowego informowania Personelu Projektu o każdorazowej zmianie danych kontaktowych (numer telefonu, adres do korespondencji), sytuacji zawodowej, rodzinnej i zdrowotnej oraz innych zdarzeniach mogących zakłócić lub uniemożliwić dalsze uczestnictwo w projekcie.
- 2) Przekazywania danych dotyczących swojej sytuacji przed i po zakończeniu udziału w Projekcie w ramach ankiet, potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu projektu, tj. do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie
- 3) Poddania się czynnościom kontrolnym prowadzonym przez uprawnione podmioty w zakresie i miejscu obejmującym korzystanie ze wsparcia
- 4) Używania sprzętu zgodnie z jego przeznaczeniem.

#### **V. Zasady wykluczenia uczestnictwa w Projekcie**

##### **§ 5**

1. Uczestnik Projektu podlega wykluczeniu z uczestnictwa w Projekcie (skreśleniu z listy Uczestników Projektu), w przypadku:

- 1) Naruszenia postanowień Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Sprzęt – dobre wsparcie”;
  - 2) Podania fałszywych informacji w dokumentacji projektowej;
  - 3) Nieprzestrzegania zasad umowy użyczenia sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego.
2. Wykluczenie z uczestnictwa w Projekcie, o którym mowa w pkt.1, skuteczne jest od dnia doręczenia Uczestnikowi/czce Projektu drogą pocztową (na adres wskazany w formularzu rekrutacyjnym) pisemnego oświadczenia o wykluczeniu z uczestnictwa w Projekcie.

## VI. Postanowienia końcowe

### § 6

1. Niniejszy Regulamin zatwierdza oraz zmienia Dyrektor MOPS w Dukli.
  2. Ostateczna interpretacja Regulaminu rekrutacji należy do Dyrektora MOPS.
  3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie będą miały:
    - 1) Wniosek o dofinansowanie,
    - 2) Umowa o dofinansowanie projektu,
    - 3) Regulamin Wypożyczalni,
    - 4) Kodeks cywilny.
  4. Organizator zastrzega sobie prawo do nanoszenia zmian w niniejszym Regulaminie, szczególnie, gdy będzie to konieczne z uwagi na zmiany wprowadzone do wniosku o dofinansowanie projektu, zmianę przepisów prawa lub warunków umowy o dofinansowanie projektu, a także pisemnego zlecenia wprowadzenia określonych zmian ze strony organów lub instytucji uprawnionych do dokonania oceny i kontroli projektu oraz do wyłącznej interpretacji zwartych w nim postanowień.
  5. W przypadku zaistnienia sytuacji nieprzewidzianych w niniejszym Regulaminie będą one rozpatrywane indywidualnie przez Koordynatora projektu, a ostateczną decyzję w sprawie podejmie Dyrektor MOPS.
  6. Aktualna treść Regulaminu rekrutacji dostępna jest w Biurze Projektu oraz na stronie internetowej [www.mops.dukla.pl](http://www.mops.dukla.pl) w zakładce „Sprzęt – dobre wsparcie”
  8. Każdy Uczestnik Projektu akceptuje warunki niniejszego Regulaminu poprzez podpisanie Deklaracji uczestnictwa w projekcie.
4. Regulamin wchodzi w życie z dniem 01.01.2020 r.

#### Załączniki:

- Załącznik 1 Formularz Rekrutacyjny
- Załącznik 2 Zaświadczenie lekarskie
- Załącznik 3 Oświadczenie o braku możliwości finans ze źródeł publicznych
- Załącznik 4 Pełnomocnictwo
- Załącznik 5 Deklaracja uczestnictwa w projekcie
- Załącznik 6 Wniosek o wypożyczenie
- Załącznik 7 Umowa użyczenia
- Załącznik 8 Oświadczenie uczestnika projektu (RODO)
- Załącznik 9 Ankieta ex-ante
- Załącznik 10 Ankieta ex-post
- Załącznik 11 Karta oceny dokumentów rekrutacyjnych do projektu



Załącznik Nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Sprzęt – Dobre Wsparcie”

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU  
„Sprzęt – dobre wsparcie”**

Projekt realizowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 – 2020, Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działanie 8.3. Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, realizowany na podstawie umowy RPPK.08.03.00-18-0028/19-00

<b>Nazwa beneficjenta (Projektodawcy)</b>	<b>Gmina Dukla / Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dukli</b>
<b>Tytuł projektu</b>	„Sprzęt – dobre wsparcie”
<b>Oś Priorytetowa</b>	VIII Integracja społeczna
<b>Działanie</b>	8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych
<b>Nr projektu</b>	RPPK.08.03.00-18-0028/19-00
<b>Okres realizacji</b>	01.10.2019 – 31.12.2022

<b>Informacje wypełniane przez upoważnionego pracownika projektu</b>	
Indywidualny Numer Zgłoszenia (INZ)	
Data wpływu formularza	
Godzina przyjęcia formularza	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

**UWAGA:**

- Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Każdy punkt formularza musi być wypełniony, jeśli nie dotyczy proszę wpisać odpowiednio BRAK, NIE DOTYCZY lub myślnik. Oryginał formularza nie podlega zwrotowi.
- Osoby zainteresowane udziałem w projekcie zobowiązane są do złożenia prawidłowo wypełnionych Dokumentów Rekrutacyjnych wraz z wymaganymi załącznikami.
- Dokumenty Rekrutacyjne należy złożyć w Wypożyczalni w terminie rekrutacji, w dniach od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8<sup>00</sup> – 12<sup>00</sup> lub przesłać pocztą/kurierem za potwierdzeniem odbioru na adres Wypożyczalni.
- Dla Dokumentacji Rekrutacyjnej przesłanej pocztą/kurierem za datę dostarczenia uznaje się datę wpływu (data i godzina) do Biura Projektu.
- Beneficjent zastrzega, iż wypełnienie i złożenie Dokumentów Rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z przyjęciem do uczestnictwa w projekcie.



## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU

DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU			
Imię			
Nazwisko			
Data urodzenia			
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Seria i numer dowodu osobistego			
Wiek w chwili przystąpienia do projektu			
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> <b>brak ISCED 0</b> (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> <b>podstawowe ISCED 1</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> <b>gimnazjalne ISCED 2</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> <b>ponadgimnazjalne ISCED 3</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) <input type="checkbox"/> <b>policealne ISCED 4</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoła policealna, ale nieukończone studia wyższe. Każda szkoła po zdaniu matury) <input type="checkbox"/> <b>wyższe krótkiego cyklu ISCED 5</b> (kształcenie ukończone na poziomie: studiów np. Nauczycielskie Kolegium Językowe, Kolegium Pracowników Służb Społecznych) <input type="checkbox"/> <b>wyższe licencjackie ISCED 6</b> (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich) <input type="checkbox"/> <b>wyższe magisterskie ISCED 7</b> (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych magisterskich) <input type="checkbox"/> <b>wyższe doktoranckie ISCED 8</b> (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych doktoranckich)		
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica <sup>1</sup> :			
Nr domu:	<input type="text"/>	Nr lokalu:	<input type="text"/>
Miejscowość:	<input type="text"/>	Kod pocztowy <sup>2</sup> :	<input type="text"/>
Gmina:	<input type="text"/>	Powiat:	<input type="text"/>

<sup>1</sup> W przypadku braku ulicy należy wpisać miejscowość. W przypadku, gdy adres kontaktowy osoby objętej wsparciem w ramach projektu podlega pod kod pocztowy innego miasta, w polu Ulica wpisać po przecinku nazwę miejscowości, w której Uczestnik/-czka mieszka, a w polu „Miejscowość” należy podać nazwę miejscowości, w której znajduje się odpowiedni urząd oddawczy

<sup>2</sup> Jeżeli adres kontaktowy osoby objętej wsparciem nie posiada wyodrębnionego kodu pocztowego należy podać kod poczty, pod którą podlega dana miejscowość.

Województwo			
Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> miejski <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> wiejski <sup>4</sup>	
Telefon kontaktowy:			
Adres e-mail:			
<b>ADRES KORESPONDENCYJNY</b> (jeżeli adres korespondencyjny jest taki sam, jak adres zamieszkania, należy wpisać jw. lub myślnik)			
Ulica <sup>5</sup> :			
Nr domu:		Nr lokalu:	
Miejscowość:		Kod pocztowy <sup>6</sup> :	
Gmina:		Powiat:	
Województwo			
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul>		
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul> <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> inne</li> <li><input type="checkbox"/> osoba ucząca się</li> <li><input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</li> </ul> <input type="checkbox"/> osoba pracująca		
W tym (należy wypełnić jeżeli w statusie osoby na rynku pracy wybrano wartość osoba pracująca)	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <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"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie		

<sup>3</sup> Za obszar miejski uznaje się lokalizację w granicach administracyjnych miasta.

<sup>4</sup> Obszary wiejskie należy rozumieć zgodnie z definicją Głównego Urzędu Statystycznego, która opiera się na podziale jednostek administracyjnych zastosowanym w rejestrze TERYT. Według GUS, obszarami wiejskimi są tereny położone poza granicami administracyjnymi miast - obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko – wiejskiej. Wyodrębnienie części wiejskiej w ramach gminy miejsko – wiejskiej możliwe jest dzięki odrębnemu identyfikatorowi terytorialnemu.

<sup>5</sup> W przypadku braku ulicy należy wpisać miejscowość. W przypadku, gdy adres kontaktowy osoby objętej wsparciem w ramach projektu podlega pod kod pocztowy innego miasta, w polu Ulica wpisać po przecinku nazwę miejscowości, w której Uczestnik/Uczestniczka mieszka, a w polu „Miejscowość” należy podać nazwę miejscowości, w której znajduje się odpowiedni urząd oddawczy

<sup>6</sup> Jeżeli adres kontaktowy osoby objętej wsparciem nie posiada wyodrębnionego kodu pocztowego należy podać kod poczty, pod którą podlega dana miejscowość.



<p>Wykonywany zawód (należy wypełnić jeżeli w statusie osoby na rynku pracy wybrano wartość osoba pracująca)</p>	<input type="checkbox"/> 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
<p>Zatrudniony w:</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:</b></p>	
<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)</p>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <sup>7</sup>
<p>Osoba bezdomna<sup>8</sup> lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)</p>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<p>Osoba z niepełnosprawnościami (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)</p>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <sup>7</sup>
<p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)</p>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <sup>7</sup>

<sup>7</sup> Kandydat/ka ma prawo odmowy podania danych. Odmowa udzielenia informacji będzie skutkować brakiem możliwości udziału w projekcie.

<sup>8</sup> Osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań. Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); 2. Bez miejsca za mieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą); 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

## II. INFORMACJE O STATUSIE KANDYDATA NA DZIEN ZŁOŻENIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO (proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)

Oświadczam, że moje miejsce zamieszkania zgodnie z Kodeksem Cywilnym to województwo podkarpackie, gmina Dukla	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że jestem osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2019 r. poz.1507) lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określone w art. 7 ustawy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania danych <sup>9</sup>
Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r. poz.1172)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania danych <sup>9</sup>
Oświadczam, że jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r. poz.1878)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania danych <sup>9</sup>
Oświadczam, że jestem członkiem rodziny, w skład której wchodzi dziecko z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania danych <sup>9</sup>
Oświadczam, że jestem osobą pozostającą w wspólnym gospodarstwie domowym, gdzie miesięczny dochód na osobę w rodzinie nie przekracza 150% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie ustalonego zgodnie z ustawą o pomocy społecznej (jeśli dotyczy – zaświadczenie z MOPS w Dukli)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania danych <sup>9</sup>
Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą z miesięcznym dochodem poniżej 150 % kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej ustalonego zgodnie z ustawą o pomocy społecznej (jeśli dotyczy – zaświadczenie z MOPS w Dukli)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania danych <sup>9</sup>
Dodatkowe potrzeby związane z uczestnictwem w projekcie (jakie? <sup>10</sup> )	<p>.....</p> <p>.....</p>
<b>DODATKOWE INFORMACJE</b>	
Oświadczam, że potrzebuję wsparcia w formie nieodpłatnej usługi dostarczenia i odbioru sprzętu do i z miejsca zamieszkania oraz nie posiadam własnego transportu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że potrzebuję wsparcia w formie skorzystania z nauki obsługi i wykorzystania sprzętu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

<sup>9</sup> Kandydat/ka ma prawo odmowy podania danych. Odmowa udzielenia informacji będzie skutkować brakiem możliwości udziału w projekcie.

<sup>10</sup> Dotyczy specjalnych potrzeb związanych z niepełnosprawnością, w celu zniwelowania barier odnoszących się do udziału w projekcie i skorzystania ze wsparcia.

**Do Formularza Rekrutacyjnego załączam następujące dokumenty:**

- Zaświadczenie lekarskie potwierdzające status osoby niezamodzielnej w rozumieniu skali Barthel oraz zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność i okres korzystania z danego Sprzętu – załącznik nr 2.
- Oświadczenie o braku możliwości finansowania danego sprzętu ze środków publicznych – załącznik nr 3.
- Pełnomocnictwo - (w przypadku osób, które nie mogą same wypożyczyć sprzętu, a nie są całkowicie ubezwłasnowolnione).

**Oświadczenia:**

- Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 8 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym do udziału w projekcie są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że przedłożenie nieprawdziwego oświadczenia/zaświadczenia lub podanie danych w Formularzu Rekrutacyjnym niezgodnych ze stanem faktycznym będzie skutkowało wykluczeniem z projektu „Sprzęt – dobre wsparcie” oraz zostanie potraktowane, jako próba wyłudzenia środków finansowych i będzie podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz Regulaminu Wypożyczalni pn. „Sprzęt – dobre wsparcie” współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej VIII – Integracja społeczna, Działanie 8.3 – Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 (RPO WP 2014-2020). Jednocześnie przyjmuję do wiadomości możliwość zmiany Regulaminu, o którym mowa i zobowiązuję się każdorazowo do zapoznania się ze zmianami w wyżej wymienionym dokumencie w całym okresie realizacji Projektu.
- Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przyjętych kryteriach kwalifikacyjnych do udziału w projekcie pn. „Sprzęt – dobre wsparcie” realizowanym w okresie 01.10.2019-31.12.2022 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych przez Gminę Dukla/ Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dukli i wyrażam zgodę na mój udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
- Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych.
- Oświadczam, że zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu, w tym również po zakończeniu projektu.

- Oświadczam, że wyrażam dobrowolną zgodę na, przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez administratora danych - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dukli, ul. Kościuszki 4, 38-450 Dukla 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 do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta Projektu z obowiązków sprawozdawczych wobec Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Rzeszowie oraz na potrzeby rekrutacji oraz sprawozdawczości prowadzonej przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dukli, ul. Kościuszki 4, 38-450 Dukla. Moja zgoda obejmuje również przetwarzania danych w przyszłości, pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel.

### Informacja o przetwarzaniu danych

Administratorem Pani/a danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dukli, ul. Kościuszki 4, 38-450 Dukla, może Pani/Pan uzyskać informacje o przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Dukli, ul. Kościuszki 4, 38-450 Dukla, kontakt z inspektorem ochrony danych osobowych: [iod@mops.dukla.pl](mailto:iod@mops.dukla.pl). Dane będą przetwarzane w celu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn. „Sprzęt – dobre wsparcie”.

.....  
*Data i czytelny podpis Kandydata*





Załącznik Nr 2 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Sprzęt – Dobre Wsparcie”

....., dnia .....

(miejscowość)

.....  
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dukli w ramach projektu „Sprzęt – dobre wsparcie” realizowanego ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 – 2020, współfinansowanego ze Środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

**Imię i nazwisko pacjenta** .....

**Pesel** .....

**Miejsce zamieszkania** .....

Stwierdzam, że pacjent jest osobą niesamodzielną (osoba niesamodzielną – osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego) oraz posiada status osoby niesamodzielnej wg. Skali Barthel:

- osoba całkowicie niesamodzielną,
- osoba potrzebuje pomocy innych,
- osoba niezależna, choć może potrzebować niewielkiej pomocy.

i wymaga korzystania ze sprzętu (pielęgnacyjnego / rehabilitacyjnego / wspomagającego) na okres ..... tygodni lub .....m-cy.

1. ....

(Nazwa sprzętu)

2. ....

(Nazwa sprzętu)

3. ....

(Nazwa sprzętu)

.....

(Podpis i pieczęć lekarza)



## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY WG SKALI BARTHEL

.....  
(Imię i nazwisko świadczeniobiorcy)

.....  
(Adres zamieszkania)

.....  
(Numer PESEL)

1.	Spożywanie posiłków	0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 - samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem /siadanie	0 - nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 - samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej	0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC)	0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała	0 - zależny 5 - niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich	0 - nie porusza się lub < 50 m 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy np. laski > 50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach	0 - nie jest w stanie 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 - samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie	0 - zależny 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywaniu sznurowadeł itp.	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu	0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatywy 5 - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 - panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego	0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 - sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10 - panuje, utrzymuje mocz	
WYNIK KWALIFIKACJI (suma punktów)			



Załącznik Nr 3 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Sprzęt – Dobre Wsparcie”

## OŚWIADCZENIE O BRAKU MOŻLIWOŚCI FINANSOWANIA SPRZĘTU ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

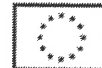
Ja niżej podpisany/a.....  
(imię i nazwisko składającego/ej oświadczenie)

Zamieszkały/a:.....  
(adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)

Oświadczam, że nie mam możliwości przyznania dofinansowania ze środków publicznych (np. NFZ) do Sprzętu tożsamego z wypożyczonym.

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**Czytelny podpis Kandydata do projektu**



Załącznik Nr 4 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Sprzęt – Dobre Wsparcie”

## PEŁNOMOCNICTWO

Ja nizej podpisany/a.....  
(imię i nazwisko składającego/ej oświadczenie)

Zamieszkały/a:.....  
(adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)

PESEL .....

### Upoważniam Panią/Pana

.....  
(imię i nazwisko)  
zamieszkałą/ego .....  
legitymującą/ego się dowodem osobistym o serii i numerze: .....  
PESEL ....., do dokonywania w moim imieniu  
wszelkich czynności związanych z wypożyczeniem sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego  
lub wspomagającego z Wypożyczalni prowadzonej przez Gminę Dukla/ Miejski Ośrodek  
Pomocy Społecznej w Dukli.

W szczególności niniejszy dokument upoważnia do:

- zawarcia umowy wypożyczenia sprzętu,
- wypełniania i podpisywania wszelkich niezbędnych dokumentów związanych z wypożyczeniem sprzętu,
- odbioru i zwrotu wypożyczonego sprzętu,
- kontaktu i prowadzenia korespondencji z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Dukli

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis mocodawcy lub jego tuszowy odcisk palca  
w sytuacji, gdy jest osobą niemogącą pisać)



Załącznik Nr 5 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Sprzęt – Dobre Wsparcie”

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a.....  
(imię i nazwisko składającego/ej oświadczenie)

Zamieszkały/a:.....  
(adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)

PESEL .....,

DEKLARUJĘ udział w projekcie pn. „Sprzęt – dobre wsparcie” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 – 2020, Oś Priorytetowa VIII Integracja Społeczna / Działanie nr 8.3. Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych. Nr projektu RPPK.08.03.00-18-0028/19-00

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
2. Zapoznałam/em się z Regulaminem wypożyczalni.
3. Zobowiązuję się do wypełniania ankiet ewaluacyjnych.
4. Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku do celów promocyjnych i informacyjnych realizowanych w ramach Projektu.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis)



Załącznik Nr 6 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Sprzęt – Dobre Wsparcie”

Dukla, dnia.....

.....  
(Nazwisko i imię)

.....  
(Adres zamieszkania)

.....  
(Nr dowodu osobistego)

.....  
(Pesel)

.....  
(Telefon kontaktowy)

### WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE SPRZĘTU PIELEGNACYJNEGO, REHABILITACYJNEGO LUB WSPOMAGAJĄCEGO

Zwracam się z prośbą o nieodpłatne wypożyczenie niżej wymienionego sprzętu pielęgnacyjnego / rehabilitacyjnego / wspomagającego:

.

1. ....  
(Nazwa sprzętu)  
na okres od dnia ..... do dnia .....

2. ....  
(Nazwa sprzętu)  
na okres od dnia ..... do dnia .....

3. ....  
(Nazwa sprzętu)  
na okres od dnia ..... do dnia .....

.....  
(czytelny podpis)

Załącznik Nr 7 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Sprzęt – Dobre Wsparcie”

**UMOWA Wypożyczenia nr .....**

zawarta w związku z realizacją projektu „Sprzęt – dobre wsparcie”

zawarta dnia..... w ..... pomiędzy:

Gminą Dukla – Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Dukli, 38 – 450 Dukla, ul. Kościuszki 4 ( NIP 684-17-44-498 )

zwanym dalej „Użyczającym”,

a

Panem/ Panią

.....

zam.:

.....

pesel: .....

legitymującym/cą się dowodem osobistym: .....

zwanym dalej „Biorącym do używania”.

Osoba do kontaktów w rodzinie.....nr.  
tel.....

§1

Przedmiotem użyczenia jest sprzęt pielęgnacyjny/rehabilitacyjny/wspomagający

.....

nr inwentarzowy.....

§2

Biorący do używania oświadcza, że zapoznał się z:

- a) Regulaminem Wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego,
- b) Regulaminem Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Sprzęt dobre wsparcie”,

c) zasadami użytkowania przedmiotu użyczenia, jego właściwościami i przeznaczeniem.

### §3

Użyczający oddaje Biorącemu do nieodpłatnego używania przedmiot wypożyczenia wymieniony w §1 zwany dalej przedmiotem na okres od dnia.....do dnia..... Po upływie niniejszego terminu Biorący do używania zobowiązuje się do zwrotu przedmiotu w stanie nie pogorszonym, jednakże Biorący do używania nie ponosi odpowiedzialności za zużycie rzeczy będące następstwem prawidłowego jej używania.

W przypadku konieczności przedłużenia okresu korzystania z użyczonego przedmiotu, na prośbę Biorącego do używania złożoną w terminie do 7 dni przed planowanym pierwotnie terminem zwrotu na wniosku, którego wzór stanowi załącznik nr 6, Użyczający może przedłużyć okres użyczenia na podstawie aneksu do niniejszej umowy.

### §4

Biorący do używania odpowiada finansowo za wszelkie szkody powstałe w wyniku nieprawidłowego używania przedmiotu.

### §5

Użyczający uprawniony jest do sprawdzania danych przedstawionych przez Biorącego do używania oraz kontroli sposobu używania przedmiotu. W przypadku stwierdzenia wykorzystywania przedmiotu niezgodnie z jego przeznaczeniem lub jego zniszczenia, Użyczający ma prawo wypowiedzieć umowę w trybie natychmiastowym i obciążyć Biorącego do używania kosztami ewentualnej naprawy. Biorący do używania zobowiązany jest wówczas do niezwłocznego zwrotu przedmiotu.

### §6

Wszelkie ewentualne zmiany niniejszej umowy mogą nastąpić tylko w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

### §7

W sprawach nieuregulowanych w umowie mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

### §8

Umowa zostaje sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

.....

Użyczający:

.....

Biorący do używania:

Załącznik Nr 8 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Sprzęt – Dobre Wsparcie”

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia 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), dalej „RODO”)

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Sprzęt –dobre wsparcie” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych, w ramach zbioru: Regionalny Program Operacyjny Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, dalej „zbiór danych RPO WP 2014-2020” jest Zarząd Województwa Podkarpackiego - pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, z siedzibą: 35-010 Rzeszów, al. Łukasza Cieplińskiego 4.
2. Administratorem moich danych osobowych, w ramach zbioru: Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, dalej „zbiór danych CST”, jest Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, z siedzibą w: 00-926 Warszawa, ul. Wspólna 2/4.
3. Osobą wyznaczoną przez Instytucję Pośredniczącą w realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, dalej „IP WUP” – w zakresie zapewnienia zgodności przetwarzania danych osobowych jest: Inspektor Ochrony Danych - Damian Chaber; nr tel.: (17) 8509 232; e-mail: iod@wup-rzeszow.pl.
4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu pn. „Sprzęt-dobre wsparcie” w szczególności, w odniesieniu do:
  - 1) zbioru danych RPO WP 2014-2020: w zakresie: aplikowania o środki unijne i realizacji projektów, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom projektów, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych, w tym zapewnienie realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie – w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, dalej „RPO WP 2014-2020”;
  - 2) zbioru danych CST, w zakresie:
    - a) zarządzania, kontroli, audytu, sprawozdawczości i raportowania w ramach realizacji programów operacyjnych polityki spójności, finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020,
    - b) zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w perspektywie finansowej 2014-2020.
5. Podstawą przetwarzania danych osobowych w zakresie:
  - 1) zbioru danych RPO WP 2014-2020 jest art. 6 ust. 1 lit. c i e oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO, w związku z przepisami:
    - a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego



Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego

i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz.Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.), dalej „Rozporządzenie ogólne”;

b) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz.U. t.j. z 2017 r., poz. 1460, z późn. zm.), „dalej ustawa wdrożeniowa”.

2) zbioru danych CST jest art. 6 ust. 1 lit. c i e oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO w związku z przepisami:

a) Rozporządzenia ogólnego;

b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE.L.347.470);

c) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz.Urz.UE.L.286.1);

d) ustawy wdrożeniowej. .

6. IP WUP będzie przetwarzać następujące kategorie danych:

1) Kraj,

2) Rodzaj uczestnika,

3) Nazwa instytucji,

4) Imię,

5) Nazwisko,

6) PESEL,

7) NIP,

8) Płeć,

9) Wiek w chwili przystępowania do projektu,

10) Wykształcenie,

11) Adres: Ulica, Nr budynku, Nr lokalu, Kod pocztowy, Poczta, Miejscowość, Kraj, Województwo, Powiat, Gmina,

12) Nr telefonu,

13) Nr faksu,

14) Adres e-mail,

15) Adres strony www,

16) Data rozpoczęcia udziału w projekcie,

17) Data zakończenia udziału w projekcie,

18) Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu,

19) Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia,

20) Wykonywany zawód,



- 21) Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia),
  - 22) Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie,
  - 23) Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa,
  - 24) Rodzaj przyznanego wsparcia,
  - 25) Data rozpoczęcia udziału we wsparciu,
  - 26) Data zakończenia udziału we wsparciu,
  - 27) Data założenia działalności gospodarczej,
  - 28) Kwota przyznaných środków na założenie działalności gospodarczej,
  - 29) PKD założonej działalności gospodarczej,
  - 30) Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia,
  - 31) Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań,
  - 32) Osoba z niepełnosprawnościami,
  - 33) Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących,
  - 34) W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu,
  - 35) Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu,
  - 36) Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej);
  - 37) Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020/zatwierdzonym do realizacji Rocznym Planem Działania/zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu,
  - 38) Kwota wynagrodzenia,
  - 39) Numer rachunku bankowego,
  - 40) Dane konieczne do przeprowadzenia badań ewaluacyjnych wskaźników rezultatu długoterminowego określonych dla osi priorytetowych VII-IX RPO WP 2014-2020, współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. Zgodnie z art. 10 ustawy wdrożeniowej - Instytucja Zarządzająca RPO WP 2014-2020 powierzyła w drodze porozumienia, zadania związane z realizacją RPO WP 2014-2020:

- 1) IP WUP - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Rzeszowie, z siedzibą: ul. Adama Stanisława Naruszewicza 11, 35-055 Rzeszów;
- 2) Instytucji Pośredniczącej z zakresu realizacji instrumentu Zintegrowane Inwestycje Terytorialne w ramach RPO WP 2014-2020, zawiązanej w formie, o której mowa w art. 30 ust. 4 ustawy wdrożeniowej, realizującej zadania związane z przygotowaniem i wdrażaniem Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych w ramach RPO WP 2014-2020 - Stowarzyszeniu Rzeszowskiego Obszaru Funkcjonalnego, ul. Rynek 5, 35-064 Rzeszów, telefon kontaktowy: 17 858 14 90;

- z zastrzeżeniem zapewnienia wystarczających gwarancji wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, by przetwarzanie danych w ramach ww. zbiorów danych osobowych spełniało wymogi RODO i chroniło prawa osób, których dane osobowe dotyczą.

8. IP WUP, na podstawie udzielonego przez Instytucję Zarządzającą RPO WP upoważnienia do dalszego powierzania powierzonych do przetwarzania danych osobowych, w celu prawidłowej realizacji Projektu, powierzyła jego Beneficjentowi



..... (Nazwa, Adres i Dane kontaktowe Beneficjenta) - z zastrzeżeniem zapewnienia wystarczających gwarancji wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, by przetwarzanie danych w ramach ww. zbiorów danych osobowych spełniało wymogi RODO i chroniło prawa osób, których dane osobowe dotyczą oraz każdorazowego weryfikowania i dostosowania zakresu powierzonych do przetwarzania danych osobowych.

9. Beneficjent, na mocy udzielonego przez IP WUP upoważnienia do dalszego powierzania powierzonych do przetwarzania danych osobowych, w celu prawidłowej realizacji Projektu, powierzyła ich przetwarzanie:

1) w ramach zbioru RPO WP 2014-2020 - Partnerom Projektu ..... (Nazwa, Adres i Dane kontaktowe Partnerów) oraz podmiotom świadczącym usługi na rzecz Beneficjenta ..... (Nazwa, Adres i Dane kontaktowe tych podmiotów);

2) w ramach zbioru CST - podmiotom świadczącym usługi na rzecz Beneficjenta ..... (Nazwa, Adres i Dane kontaktowe tych podmiotów), z zastrzeżeniem zapewnienia wystarczających gwarancji wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, by przetwarzanie danych w ramach ww. zbiorów danych osobowych spełniało wymogi RODO i chroniło prawa osób, których dane osobowe dotyczą oraz każdorazowego weryfikowania i dostosowania zakresu powierzonych do przetwarzania danych osobowych, przy jednoczesnym braku możliwości ich dalszego powierzenia.

10. Moje dane osobowe mogą być przetwarzane w Lokalnym Systemie Informatycznym (IP WUP), przeznaczonym do obsługi procesu naboru wniosków o dofinansowanie realizacji projektów w zakresie osi priorytetowych VII-IX RPO WP 2014-2020.

IP WUP powierzyła przetwarzanie danych osobowych w Lokalnym Systemie Informatycznym (LSI WUP) Wykonawcy – podmiotowi odpowiedzialnemu za rozwój/modyfikację, utrzymanie oraz wsparcie techniczne LSI WUP, pod warunkiem, że System ten będzie zapewniać adekwatny stopień bezpieczeństwa odpowiadający ryzykom związanym z przetwarzaniem danych osobowych, o którym mowa w art. 32 RODO oraz zapewnienia wdrożenia odpowiednich środków, by przetwarzanie spełniało wymogi RODO i chroniło prawa osób, których dane dotyczą. Wykonawca – podmiot, o którym mowa wyżej, może powierzyć przetwarzanie danych osobowych podmiotom świadczącym usługi na rzecz Wykonawcy – z zastrzeżeniem zapewnienia prawidłowej ochrony danych osobowych.

11. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjentom.

12. Moje dane mogą zostać udostępnione, m.in. podmiotom dokonującym oceny, ekspertyzy, jak również podmiotom zaangażowanym, w szczególności w: proces audytu, ewaluacji i kontroli RPO WP 2014-2020,- zgodnie z obowiązkami wynikającymi m.in. z: Rozporządzenia ogólnego i ustawy wdrożeniowej.

13. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

14. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres nie dłuższy niż 30 dni roboczych od dnia zakończenia obowiązywania okresu archiwizowania danych, o którym mowa w art. 140 ust. 1 Rozporządzenia ogólnego oraz art. 23 ust. 3 ustawy wdrożeniowej lub od dnia wygaśnięcia zobowiązań wynikających z innego przepisu prawa, w tym ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2018 r., poz. 217, z późn. zm.),



o ile przetwarzanie powierzonych do przetwarzania danych osobowych jest niezbędne do spełnienia obowiązku wynikającego z tego przepisu prawa.

15. Zapoznałem/am się z treścią rozdziału III RODO, dot. praw osoby, której dane dotyczą. Mam prawo do żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Na podstawie art. 17 ust. 3 lit. b i d RODO, zgodnie z którym nie jest możliwe usunięcie danych osobowych niezbędnych, w szczególności do:

1) wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego;

2) celów archiwalnych w interesie publicznym:

- jak również mając na uwadze cel i podstawę prawną przetwarzania danych

w ramach RPO WP 20104-2020, nie przysługuje mi prawo do usunięcia albo przenoszenia tych danych. Ponadto, mam prawo skorzystać z przysługujących jej uprawnień, o których mowa w RODO - w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.

16. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

17. Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.

18. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

19. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informację nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.

20. W ciągu 3 miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy.

.....  
Miejscowość i data

.....  
czytelny podpis uczestnika Projektu



Załącznik Nr 9 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Sprzęt – Dobre Wsparcie”

## ANKIETA EWALUACYJNA

### EX-ANTE

#### Szanowni Państwo:

Za pośrednictwem Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dukli mieli Państwo możliwość skorzystania z bezpłatnego sprzętu rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego lub wspomagającego w ramach projektu **pt. „Sprzęt dobre wsparcie”**. Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 – 2020, współfinansowany ze Środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Oś Priorytetowa VIII Integracja Społeczna, Działanie 8.3. Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych.

Wobec powyższego, zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej ankiety. Informacje z niej otrzymane posłużą do końcowej oceny efektów realizacji projektu. Jednocześnie informujemy, że im rzetelniejszych odpowiedzi Pan/Pani udzieli, tym dokładniejsza i skuteczniejsza będzie oferowana pomoc w latach kolejnych.

#### **Ankiety należy wypełnić zakreślając „X” we właściwych polach**

Ilekcóż w poniższej ankiecie występuje wyraz Pani lub Pan, odnoszą się one również do dzieci i/lub podopiecznych, w imieniu których rodzic lub opiekun prawny podpisał umowę w ramach projekt



Załącznik Nr 10 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Sprzęt – Dobre Wsparcie”

## ANKIETA EWALUACYJNA

### EX-POST

#### Szanowni Państwo:

Za pośrednictwem Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dukli mieli Państwo możliwość skorzystania z bezpłatnego sprzętu rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego lub wspomagającego w ramach projektu pt. „**Sprzęt dobre wsparcie**”. Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 – 2020, współfinansowany ze Środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Oś Priorytetowa VIII Integracja Społeczna, Działanie 8.3. Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych.

Wobec powyższego, zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej ankiety. Informacje z niej otrzymane posłużą do końcowej oceny efektów realizacji projektu. Jednocześnie informujemy, że im rzetelniejszych odpowiedzi Pan/Pani udzieli, tym dokładniejsza i skuteczniejsza będzie oferowana pomoc w latach kolejnych.

#### **Ankiety należy wypełnić zakreślając „X” we właściwych polach**

Ilekoć w poniższej ankiecie występuje wyraz Pani lub Pan, odnoszą się one również do dzieci i/lub podopiecznych, w imieniu których rodzic lub opiekun prawny podpisał umowę w ramach projekt



## Część merytoryczna

**1) Czy w wyniku udziału w projekcie nastąpiło u Pana/Pani ułatwienie wykonywania przynajmniej jednej czynności dnia codziennego?**

- Tak
- Nie
- Trudno stwierdzić

**2) Czy w wyniku udziału w projekcie nastąpiła u Pana/Pani poprawa jakości życia?**

- Tak
- Nie
- Trudno stwierdzić

**Jak obecnie ocenia Pan/Pani poziom jakości swojego życia?**

- bardzo dobrze
- dobrze
- dostatecznie
- źle
- bardzo źle

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety.**





### **Część merytoryczna**

**1) Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy w wykonywaniu przynajmniej jednej czynności dnia codziennego?**

- tak
- nie

**2) Jak ocenia Pan/Pani poziom jakości swojego życia?**

- bardzo dobrze
- dobrze
- dostatecznie
- źle
- bardzo źle

**Dziękujemy za wypełnienie ankiety.**



Załącznik Nr 11 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Sprzęt – Dobre Wsparcie”

## KARTA OCENY DOKUMENTÓW REKRUTACYJNYCH DO PROJEKTU „Sprzęt – dobre wsparcie”

Projekt realizowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 – 2020, Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działanie 8.3. Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, realizowany na podstawie umowy RPPK.08.03.00-18-0028/19-00

<b>Nazwa beneficjenta (Projektodawcy)</b>	<b>Gmina Dukla / Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dukli</b>
<b>Tytuł projektu</b>	„Sprzęt – dobre wsparcie”
<b>Oś Priorytetowa</b>	VIII Integracja społeczna
<b>Działanie</b>	8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych
<b>Nr projektu</b>	RPPK.08.03.00-18-0028/19-00
<b>Okres realizacji</b>	01.10.2019 – 31.12.2022

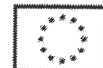
<b>INFORMACJĘ WYPEŁNIA PRACOWNIK</b>	
Indywidualny Numer Zgłoszeniowy INZ	
Data przyjęcia formularza	
Imię i Nazwisko Kandydata/tki	

Lp.	OCENA FORMALNA	tak	nie	nie dotyczy
1.	Miejsce zamieszkania zgodnie z Kodeksem Cywilnym to województwo podkarpackie, gmina Dukla			
2.	Osoba niesamodzielna, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebują opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego			
3.	Do Formularza rekrutacyjnego załączone jest:			



	Zaświadczenie lekarskie potwierdzające status osoby niezamodzielną w rozumieniu skali Barthel oraz zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność i okres korzystania z danego Sprzętu			
	Oświadczenie o braku możliwości finansowania Sprzętu ze środków publicznych			
	Pełnomocnictwo			
4.	Dokumenty rekrutacyjne są kompletne, prawidłowo wypełnione i podpisane datą przez Kandydata/tkę			

Lp.	<b>OCENA SPEŁNIENIA KRYTERIÓW DODATKOWYCH (PUNKTOWYCH)</b>	<b>Przyznana liczba punktów</b>	<b>Liczba punktów możliwych do uzyskania</b>
1.	osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2019 r. poz.1507) lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określone w art. 7 ustawy		2
2.	osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r. poz.1172)		4
3.	osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r. poz.1878)		5
4.	członek rodziny, w skład której wchodzi dziecko z niepełnosprawnością		3
Suma przyznanych punktów:			
Lp.	<b>OCENA SPEŁNIENIA KRYTERIUM ROZSTRZYGAJĄCEGO W PRZYPADKU UZYSKANIA TAKIEJ SAMEJ ILOŚCI PUNKTÓW PRZEZ KANDYDATA/TKĘ</b>	<b>tak</b>	<b>nie</b>
1.	osoba pozostająca w wspólnym gospodarstwie domowym, gdzie miesięczny dochód na osobę w rodzinie nie przekracza 150% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie ustalonego zgodnie z ustawą o pomocy społecznej (jeśli dotyczy – zaświadczenie z MOPS w Dukli)		
2.	osoba samotnie gospodarująca z miesięcznym dochodem poniżej 150 % kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej ustalonego zgodnie z ustawą o pomocy społecznej (jeśli dotyczy – zaświadczenie z MOPS w Dukli)		



## DECYZJA REKRUTACYJNA

KANDYDAT/KA ZAKWALIFIKOWANY/A DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

TAK

NIE

Osoba oceniająca	Osoba oceniająca
<b>Data:</b>	<b>Data:</b>
<b>Podpis:</b>	<b>Podpis:</b>

### Deklaracja bezstronności i poufności

**Oświadczam, że**

1. Nie pozostaję w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa (w linii prostej lub bocznej do II stopnia) z ocenianym Kandydatem/ką do projektu oraz nie jestem związany/a z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z ocenianym Kandydatem/ką do projektu.
2. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. "Sprzęt – dobre wsparcie".
3. Zobowiązuję się wypełniać swoje obowiązki w sposób bezstronny, sumienny, uczciwy i sprawiedliwy, zgodnie z posiadaną wiedzą.
4. Zachowam w tajemnicy wszystkie informacje i dokumenty udostępnione mi lub wytworzone przeze mnie lub przygotowane przeze mnie w trakcie lub jako rezultat oceny i zgadzam się, że informacje te powinny być użyte tylko dla celów niniejszej oceny i nie powinny być ujawnione. Zobowiązuję się również nie zatrzymywać kopii jakichkolwiek pisemnych informacji związanych z niniejszą oceną.

Osoba oceniająca	Osoba oceniająca
<b>Data:</b>	<b>Data:</b>
<b>Podpis:</b>	<b>Podpis:</b>

