



Projekt „Centrum Usług Społecznych w Będzinie – wsparcie organizacji usług opiekuńczych na poziomie lokalnym”
jest współfinansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020
(Europejski Fundusz Społeczny)

Załącznik nr 1
do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w „Centrum Usług Społecznych w Będzinie
– wsparcie organizacji usług opiekuńczych na poziomie lokalnym”

FORMULARZ REKRUTACYJNY „Centrum Usług Społecznych w Będzinie – wsparcie organizacji usług opiekuńczych na poziomie lokalnym”

1	Nazwisko i imiona	
2	Data urodzenia	
3	Adres zamieszkania lub pobytu	
4	Gmina	
5	Województwo	
6	Obszar rewitalizacji	<input type="checkbox"/> Śródmieście <input type="checkbox"/> Ksawera <input type="checkbox"/> Warpie <input type="checkbox"/> Łagisza <input type="checkbox"/> Koszelew <input type="checkbox"/> Grodziec <input type="checkbox"/> inny (jaki)
7	Wykształcenie	
8	Numer telefonu kontaktowego	
	Kontakt do opiekuna/najbliższej rodziny	
9	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
10	Wiek	
11	Adres e-mail	
12	Nr ewidencyjny PESEL	
13	Orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
14	Stopień niepełnosprawności zgodnie z posiadany orzeczeniem o niepełnosprawności (właściwe zaznaczyć, jeżeli dotyczy)	<input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy

Projekt „Centrum Usług Społecznych w Będzinie – wsparcie organizacji usług opiekuńczych na poziomie lokalnym”
jest współfinansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020
(Europejski Fundusz Społeczny)

		<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
15	Rodzaj niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność sprzężona <input type="checkbox"/> osoba z zaburzeniami psychicznymi <input type="checkbox"/> niepełnosprawność intelektualna <input type="checkbox"/> niepełnosprawność zaburzeń rozwojowych <input type="checkbox"/> niepełnosprawność ruchowa
16	Sytuacja społeczna (zaznaczyć właściwe):	<input type="checkbox"/> osoba korzystającą lub będącą członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, szczególnie z powodu bezrobocia i ubóstwa <input type="checkbox"/> osoba , o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; <input type="checkbox"/> osoba przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; <input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w roz. ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego <input type="checkbox"/> osoba objętą dozorem elektronicznym o którym mowa w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 roku - Kodeks karny wykonawczy <input type="checkbox"/> członek rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością; <input type="checkbox"/> osoba zakwalifikowaną do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy; <input type="checkbox"/> osoba niesamodzielną; <input type="checkbox"/> osoba zagrożona wykluczeniem społecznym <input type="checkbox"/> osoba doświadczająca wykluczenia społecznego <input type="checkbox"/> osoba bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020; <input type="checkbox"/> osoba korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

Projekt „Centrum Usług Społecznych w Będzinie – wsparcie organizacji usług opiekuńczych na poziomie lokalnym”
jest współfinansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020
(Europejski Fundusz Społeczny)

17	Korzystałem/łam z usług społecznych oraz wsparcia instytucjonalnego (właściwie zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
18	Struktura gospodarstwa domowego (właściwie zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> osoba samotna <input type="checkbox"/> osoba zamieszkująca z rodziną jednak prowadząca oddzielne gospodarstwo domowe <input type="checkbox"/> osoba zamieszkująca i gospodarująca z rodziną
19	Dochód na osobę w rodzinie? (z miesiąca poprzedzającego wypełnienie ankiety)	<input type="checkbox"/> do 100% kryterium dochodowego tj.: - 701,00 zł – w przypadku osoby samotnie gospodarującej, - 528,00 zł – na osobę w rodzinie, w przypadku osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe) <input type="checkbox"/> powyżej, kwota:
20	Jestem zainteresowany/na (właściwie zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> Klub Seniora <input type="checkbox"/> Dzienny Dom Pomocy

OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem i akceptuję przedstawione w nim warunki rekrutacji i uczestnictwa w Centrum Usług Społecznych.**
- Dobrowolnie deklaruję swój udział w Centrum Usług Społecznych w Będzinie – wsparcie organizacji usług opiekuńczych na poziomie lokalnym realizowanym przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Będzinie.
- Zostałem/łam poinformowany/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w niniejszej Wstępnej Deklaracji Uczestnictwa tj. Formularzu Rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.
- Celem zbierania i przetwarzania danych jest realizacja zadań wynikających z funkcjonowania Centrum Usług Społecznych. Zostałem/łam poinformowany/a, że posiadam prawo do żądania dostępu do danych osobowych oraz ich poprawiania. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (osobą odpowiedzialną za prawidłowość przetwarzania danych) jest Damian Paętko (kontakt do inspektora: 32 296 21 38).

Będzin, dnia
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis Kandydata/Kandydatki
lub przedstawiciela ustawowego)



Projekt „Centrum Usług Społecznych w Będzinie – wsparcie organizacji usług opiekuńczych na poziomie lokalnym”
jest współfinansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020
(Europejski Fundusz Społeczny)

Załącznik nr 2

do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w „Centrum Usług Społecznych w Będzinie
– wsparcie organizacji usług opiekuńczych na poziomie lokalnym”

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. 11 Listopada 1

42 – 500 Będzin

OŚWIADCZENIE

Stosownie do treści ustawy z dnia 10.05.2018r. (poz. 1000) o ochronie danych osobowych, oraz art 13 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) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych teraz i w przyszłości w związku z korzystaniem ze wsparcia w Centrum Usług Społecznych.

Będzin, dnia

.....

podpis osoby składającej oświadczenie

1. Administratorem Danych Osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej przy ul. 11 Listopada 1.
2. Celem zbierania i przetwarzania danych jest realizacja zadań wynikających z funkcjonowania Centrum Usług Społecznych.
3. Posiada Pan/Pani prawo do żądania dostępu do danych osobowych oraz ich poprawianie.
4. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (osobą odpowiedzialną za prawidłowość przetwarzania danych) jest Damian Paętko (kontakt do inspektora: 32 296 21 38).

Projekt „Centrum Usług Społecznych w Będzinie – wsparcie organizacji usług opiekuńczych na poziomie lokalnym”
jest współfinansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020
(Europejski Fundusz Społeczny)

Załącznik nr 3

do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w „Centrum Usług Społecznych w Będzinie
– wsparcie organizacji usług opiekuńczych na poziomie lokalnym”

Będzin, dnia.....

.....
(imię i nazwisko osoby wyrażającej zgodę
na wykorzystanie wizerunku)

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i filmów zawierających mój wizerunek zarejestrowany podczas korzystania ze wsparcia w Centrum Usług Społecznych w mediach: Internecie (strona internetowa Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Będzinie, portale społecznościowe), oraz wersji papierowej.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że mój wizerunek będzie wykorzystywany tylko i wyłącznie w celu promocji i potrzeb funkcjonowania Centrum Usług Społecznych.

Oświadczenie moje ważne jest do czasu istnienia podstawy prawnej do przetwarzania danych osobowych.

.....
(podpis osoby wyrażającej zgodę)

1. Administratorem Danych Osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej przy ul. 11 Listopada 1.
2. Posiada Pan/Pani prawo do żądania dostępu do danych osobowych oraz ich poprawianie, modyfikowanie, usuwanie.
3. Celem zbierania i przetwarzania danych jest realizacja zadań wynikających z funkcjonowania Centrum Usług Społecznych.
4. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (osobą odpowiedzialną za prawidłowość przetwarzania danych) jest Damian Paętko (kontakt do inspektora: 32 296 21 38).



Projekt „Centrum Usług Społecznych w Będzinie – wsparcie organizacji usług opiekuńczych na poziomie lokalnym”
jest współfinansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020
(Europejski Fundusz Społeczny)

Załącznik nr 4
do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w „Centrum Usług Społecznych w Będzinie
– wsparcie organizacji usług opiekuńczych na poziomie lokalnym”

Będzin, dnia.....

.....
Imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/podpisana, pouczoney/pouczona o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że mój dochód na osobę w rodzinie wynosi:

do 100% kryterium dochodowego tj:

- **701,00 zł – w przypadku osoby samotnie gospodarującej,**

- **528,00 zł – na osobę w rodzinie, w przypadku osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe.**

powyżej, kwota:

.....
Podpis