



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 2

FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Subsemnatul/subsemnata _____ domiciliat/ă în localitatea _____, județul _____ str. _____ bl. _____, sc. _____, etaj. _____, ap. _____, posesor/posezoare a/al CI seria _____, număr _____, eliberat de _____, la data de _____, CNP _____ în calitate de participant în cadrul procedurii de selecție a grupului țintă, îmi exprim consimțământul, cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor cu caracter personal, în vederea întocmirii și transmiterii dosarului de candidatură pentru înscrierea ca grup țintă în cadrul proiectului "**Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități**", Cod SMIS: 339736.

Sunt de acord ca informațiile din documentele care alcătuiesc dosarul de candidatură să se prelucreze în scopul desfășurării tuturor acțiunilor necesare implementării/sustenabilității proiectului.

Sunt de acord să fiu fotografiat/(ă) și înregistrat/(ă) video pe parcursul cursului.

De asemenea, îmi dau consimțământul expres în legătură cu furnizarea datelor cu caracter personal către Ministerul Fondurilor Europene, Autoritatea de Management/Organismul Intermediar Regional - OIR, terți furnizori implicați direct în implementarea proiectului, autoritățile publice abilitate de lege sau cu care partenerii proiectului au încheiat protocoale de colaborare în scopul efectuării verificărilor necesare și monitorizării proiectului.

Am fost informat/ă că datele vor fi tratate cu confidențialitate și în condiții de siguranță precum și cu privire la drepturile prevăzute în Regulamentul 2016/679/UE privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Data:

Nume și prenume:

Semnătură:

Notă: Prezenta declarație se va atașa la dosarul domnului/doamnei _____ privind identificarea, recrutarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al Asistentului Personal Profesional din cadrul proiectului "**Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități**", Cod SMIS: 339736".



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 3

REGISTRU UNIC DE LUARE ÎN EVIDENȚĂ AL DGASPC _____

Vizat

Coordonatorul Partenerului/DGASPC

Activitatea A 1 - Informare și conștientizare

Subactivitatea A 1.2. Identificarea, selectarea și monitorizarea grupului țintă

Selectia și înscrierea persoanelor care doresc să exercite ocupația de APP.

Nr. crt.	Nr. si data inregistrarii dosarului	Nume, Prenume APP	CNP candidat	Expert	Obs.

Date cu caracter personal prelucrate in conformitate cu prevederile Directivei U.E. nr. 679/2016



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 4

PROCES VERBAL DE VERIFICARE A DOSARELOR DE ÎNSCRIERE LA PROCESUL DE SELECȚIE

Vizat

Coordonator DGASPC

Activitatea A1 Informare și conștientizare

Subactivitatea A 1.2. Identificarea, recrutarea, selectarea și monitorizarea grupului țintă

Selectia și inscrierea persoanelor care doresc să exercite ocupația de APP.

Încheiat azi _____ cu ocazia verificării dosarelor de candidatură a candidaților care doresc să participe la activitățile organizate în cadrul proiectului *Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități*, Cod SMIS: 339736.

Menționez că au fost verificate _____ dosare ale candidaților, din care _____ admise/ _____ respinse/ _____ admise cu statut de rezervă.

Situația dosarelor verificate este prezentată în tabelul de mai jos:

Nr crt	Nr înregistrare dosar	Eligibilitate	Observații

Expert GT _____



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 5

ADRESĂ DE INFORMARE

Avizat

Coordonator DGASPC

Activitatea A1 - Informare și conștientizare

Subactivitatea A1.2. - Identificarea, selectarea și monitorizarea grupului țintă

Prin prezenta, DGASPC vă aduce la cunoștință, ca urmare a depunerii candidaturii dumneavoastră la procesul de selecție a grupului țintă-APP din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS:339736, că ați fost declarat/a ADMIS/RESPINS/REZERVĂ (urmând a fi explicitat statutul de admis, respins, rezervă).

Informațiile listate în această adresă le veți regăsi atât la sediul instituției, cât și pe sediul acesteia, în tabelul persoanelor admise/respinse/rezerve după cu urmează:

NR CRT.	NR DOSAR	REZULTAT ANALIZA DOSARE

Intocmit de Expert GT

Data



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 6

LISTĂ REZULTATE CANDIDATURĂ LA PROCESUL DE SELECȚIE ÎN GT al APP

Avizat

Coordonator DGASPC

Activitatea A1 - Informare și conștientizare

Subactivitatea A1.2. - Identificarea, selectarea și monitorizarea grupului țintă

NR CRT	NR DOSAR	REZULTATUL OBTINUT
1		ADMIS
2		ADMIS

NR CRT	NR DOSAR	REZULTATUL OBTINUT
1		REZERVA
2		REZERVA

NR CRT	NR DOSAR	REZULTATUL OBTINUT
1		RESPINS
2		RESPINS



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

Note explicative:

Admis - înseamnă că îndepliniți criteriile de selecție și sunteți acceptat ca beneficiar în cadrul proiectului "*Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități*", Cod SMIS:339736.

Respins - înseamnă că cel puțin momentan nu îndepliniți criteriile de eligibilitate specifice proiectului și nu puteți participa la activitățile desfășurate în cadrul proiectului "*Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități*", Cod SMIS:339736.

Rezervă - înseamnă că sunteți acceptat cu statutul de rezervă în cadrul proiectului "*Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități*", Cod SMIS:339736 (sunteți eligibil, însă puteți fi declarat admis numai în situația în care un membru aparținând GT renunță la poziția pe care o deține în proiect/este exclus din motive obiective).



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 7

ADRESĂ DE INFORMARE A DGASPC DE IDENTIFICARE SI RECRUTARE A PERSOANELOR ÎN VEDEREA ANGAJĂRII CA ASISTENT PERSONAL PROFESIONIST (APP)

Prin prezenta, vă facem cunoscut faptul că Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități, în parteneriat cu 23 direcții generale de asistență socială și protecția copilului (DGASPC), implementează proiectul „Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități”, finanțat prin Programul - Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027, Cod SMIS: 339736.

Obiectivul general al proiectului este creșterea accesului la servicii de asistență personală profesionistă de calitate pentru 500 de persoane adulte cu dizabilități în România pentru o viață independentă în comunitate și incluziune socială.

În cadrul acestui proiect, DGASPC _____ și-a propus identificarea, selectarea și recrutarea unui număr de _____ APP.

Prin implementarea acestui proiect, se urmărește:

- formarea profesională, atestarea și salarizarea persoanelor care doresc să devină asistenți personali profesioniști;
- sprijinirea procesului de dezinstituționalizare și integrare în comunitate a persoanelor cu dizabilități;
- prevenirea instituționalizării persoanelor adulte cu dizabilități.

Pe perioada îngrijirii și protecției adulților cu handicap grav sau accentuat, APP beneficiază de următoarele drepturi:

a) Salariul de bază stabilit potrivit dispozițiilor Legii-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice.

b) Un spor de 15% calculat la salariul de bază, pentru suprasolicitare neuropsihică și condiții de muncă deosebite în care își desfășoară activitatea, potrivit dispozițiilor Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

c) Un spor de 15% calculat la salariul de bază, pe perioada în care are în îngrijire și protecție cel puțin două persoane adulte cu handicap grav sau accentuat, potrivit dispozițiilor Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

d) Un spor de 25% calculat la salariul de bază, pe perioada în care are în îngrijire și protecție o persoană adultă cu handicap grav sau accentuat, infectat cu HIV ori bolnav de SIDA, potrivit



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități
dispozițiilor Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Criterii minime de eligibilitate:

- Are cetățenie română și domiciliul obligatoriu în regiunea de dezvoltare în care se implementează proiectul;
- Are vârsta minimă de 18 ani împliniți;
- Cunoaște limba română, scris și vorbit;
- A absolvit cel puțin 8 clase de învățământ, conform prevederilor legislației în vigoare (dovedite prin diplomă/certificat de studii absolvite - pentru minim 8 clase, inclusiv cursuri de școală profesională, absolvită);
- Are cel puțin 5 ani până la împlinirea vârstei standard de pensionare, conform legislației în vigoare;
- Nu îndeplinește condițiile generale de pensionare în conformitate cu dispozițiile Legii nr. 360/2023 privind sistemul public de pensii, timp de 18 luni de la finalizarea perioadei de implementare a proiectului, astfel cum este prevăzut în Cererea de finanțare și a Ghidului solicitantului;
- Are capacitate deplină de exercițiu, conform prevederilor legislației în vigoare, respectiv poate încheia în mod valabil acte juridice și poate să își asume obligațiile care decurg din participarea la activitățile din proiect;
- Nu are antecedente penale, fapt dovedit prin cazier judiciar în original, eliberat cu cel mult 6 luni înainte;
- Nu se află în evidențele Registrului național automatizat cu privire la persoanele care au comis infracțiuni sexuale, de exploatare a unor persoane sau asupra minorilor, instituit prin *Legea nr. 118/2019*, fapt atestat prin Certificatul de integritate comportamentală, emis de inspectoratul de poliție județean competent;
- Este apt(ă) din punct de vedere medical, având o stare de sănătate corespunzătoare, fără boli cronice și neuropsihice care ar putea împiedica participarea la activitățile din cadrul proiectului, fapt atestat prin adeverință medicală eliberată de medicul de familie (condiție obligatorie), Este apt(ă) din punct de vedere medical, având o stare de sănătate corespunzătoare, fără boli cronice și neuropsihice care ar putea împiedica participarea la activitățile din cadrul proiectului, fapt atestat prin adeverință medicală eliberată de medicul de familie (condiție obligatorie), respectiv de cabinetul de medicina muncii, după caz, care să ateste faptul că este apt să desfășoare profesia de APP;
- Este de acord cu utilizarea și prelucrarea datelor cu caracter personal furnizate pe toată perioada implementării și sustenabilității proiectului;



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

- Își ia angajamentul în scris, pe proprie răspundere, că va participa la toate activitățile prevăzute în cadrul proiectului (formare, atestare, potrivire cu persoana cu dizabilități, angajare pentru o perioadă de cel puțin 18 luni ulterior angajării);
- Nu a mai participat la un alt proiect finanțat din fonduri nerambursabile sau de la bugetul de stat, care să fi avut activități de formare profesională pentru profesia de APP;
- Are disponibilitate, ulterior procesului de potrivire, pentru acordarea de îngrijire la domiciliul/reședința persoanei cu dizabilități, la domiciliul/reședința APP sau la o locuință agreată și aleasă de către persoana cu dizabilități, inclusiv într-o locuință din comunitate (socială sau incluzivă);
- Dispune de o cameră care poate fi pusă exclusiv la dispoziția persoanei cu dizabilități, în situația în care aceasta optează pentru acordarea îngrijirii și protecției la domiciliul APP (în acest context, membrii de familie ai APP urmând să facă dovada că nu au cazier judiciar, nu se află în evidențele Registrului național automatizat cu privire la persoanele care au comis infracțiuni sexuale, de exploatare a unor persoane sau asupra minorilor, fapt atestat prin Certificatul de integritate comportamentală, emis de inspectoratul de poliție județean competent și nu se află în evidență cu boli cronice și neuropsihice, fapt atestat prin adeverință medicală eliberată de medicul de familie);
- Manifestă disponibilitate de adaptare la persoana cu dizabilități și pentru respectarea intimității acesteia, indiferent de locul în care APP prestează activitățile de îngrijire și protecție;
- Păstrează confidențialitatea cu privire la informațiile care privesc persoana cu dizabilități;
- Deține abilități de comunicare, empatie și relaționare, necesare activității directe cu persoane aflate în situații de vulnerabilitate;
- Are capacitatea de a gestiona eventualele situații dificile, conflictuale, provocări, care pot surveni în cadrul activităților de îngrijire și protecție;
- Are cunoștințe despre specificul activității de APP.

Durata estimată a proiectului este de 36 de luni.

În acest context, vă rugăm să ne sprijiniți în implementarea proiectului prin diseminarea informațiilor către persoanele interesate cu scopul identificării persoanelor care doresc să fie angajate ca asistent personal profesionist.

Pentru informații suplimentare, puteți contacta Expertul GT..... la telefon....., e-mail....., website-ul DGASPC la adresa www.....

Vă mulțumim pentru colaborare și sprijinul acordat!

Cu stimă,



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

Director general

ANEXA nr.8

CV (CURRICULUM VITAE)

Date personale

Nume	
Prenume	
CNP	
Data nașterii	
Locul nașterii	
Telefon	
Adresă de e-mail	
Cetățenie	
Stare civilă	

Adresa:

Județ	
Localitate	
Adresa	

Reședința

Județ	
Localitate	
Adresa	

Locul de muncă vizat: ASISTENT PERSONAL PROFESIONIST



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

Nivel de educație

Studii gimnaziale 8 clase
finalizate

Studii gimnaziale, plus 2 ani
de liceu/Școală profesională
de 3 ani, absolvită

Studii liceale, fără diplomă
de bacalaureat

Studii liceale, cu diplomă de
bacalaureat

Studii postliceale

Studii superioare

Studii postuniversitare

Experiență profesională

Perioada	Funcția deținută	Instituția/Angajatorul	Principalele responsabilități



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

Formare profesională

Perioada	Furnizorul de formare	Diploma/Calificarea obținută

Competențe profesionale și abilități personale:

Limbi străine:

Disponibilitate pentru program flexibil / deplasări:

Permis auto:

Competențe informatice:

Recomandări disponibile:

Alte informații:

Persoane cu care locuiește:

Nume și prenume

Data nașterii

Grad de rudenie/Fără grad de rudenie

Subsemnatul/a.....declar că informațiile prezentate în acest CV sunt reale și corecte.

Data:

Semnătură:

Notă: Prezentul CV (CURRICULUM VITAE) se va atașa la dosarul domnului/doamnei _____ privind identificarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al APP din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS: 339736".



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 9

FIȘĂ INTERVIU LA SEDIUL DGASPC-PARTENERE

FIȘĂ INTERVIU- Asistent Personal Profesionist (APP) - Numele și Prenumele

Scop: evaluarea trăsăturilor personale și a motivației pentru exercitarea ocupației de APP.

Modalitate: întrebări standardizate, răspunsuri scurte, completate de Expertul GT.

Locul desfășurării: Sediul DGASPC

Nr.	Criteriu evaluat	Întrebare	Răspuns candidat	Punctaj (1-5)*
1	Motivație	Ce vă determină să vă doriți să lucrați ca asistent personal profesionist?		
2	Empatie	Cum reacționați în situația în care întâlniți o persoană aflată în dificultate?		
3	Responsabilitate	În cazul în care anumite sarcini sunt dificile, tindeți să le finalizați sau preferați să le abandonați și să preluați alte sarcini mai ușoare?		
4	Stabilitate emoțională	Cum reacționați în situația în care cineva vă jignește?		
5	Punctualitate	a) Ajungeți, de obicei, la timp la întâlniri sau la serviciu? b) Ce consecințe credeți că pot avea întârzierile repetate în realizarea sarcinilor de serviciu?		
6	Rezistență la stres	Cum reacționați într-o zi mai aglomerată, fără să vă pierdeți răbdarea?		
7	Răbdare	a) Puteți repeta de mai multe ori aceleași explicații unei persoane? b) La ce metode apelați în situația în care simțiți că vă pierdeți răbdarea?		



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

8	Comunicare	a) Cum comunicați cu o persoană care înțelege mai greu? b) Cum credeți că puteți stabili o interacțiune cu o persoană cu dizabilități intelectuale/ auditive/ psihice?		
9	Cooperare	a) Vă place să locrați individual sau în echipă? b) În caz afirmativ pentru lucrul în echipă, cum vedeți colaborarea cu alte persoane pentru același scop?		
10	Flexibilitate	Vă puteți adapta ușor în situația în care programul se schimbă?		
11	Corectitudine	Respectați regulile și procedurile stabilite în muncă?		
12	Atitudine față de persoane cu dizabilități	a) Ce părere aveți despre persoanele cu dizabilități? b) Credeți că pot duce o viață normală, dacă sunt sprijinite?		
13	Autoorganizare	Vă planificați activitățile zilnice?		
14	Dorință de învățare	Sunteți dispus(ă) să mergeți la cursuri pentru a acumula noi cunoștințe?		

*Scală de punctare internă (completată de evaluator):

1 - foarte slab 2 - slab 3 - mediu 4 - bun 5 - foarte bun

Evaluare finală

- Apt pentru continuarea selecției
 Parțial apt (cu monitorizare)
 Neapt

Observații suplimentare:

**Se va urmări inclusiv atitudinea pozitivă/ negativă, limbajul (dacă folosește limbaj peiorativ la adresa persoanelor cu dizabilități), etc.*

Evaluator: **Data:**

Notă: Prezentul GHID DE INTERVIU se va atașa la dosarul domnului/doamnei privind identificarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al APP din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS: 339736".



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 9 bis

GHID DE INTERVIU STRUCTURAT

Asistent Personal Profesionist (APP) - Numele și Prenumele

Scopul interviului:

Evaluarea competențelor, atitudinilor și motivației candidaților pentru postul de APP, într-un mod obiectiv și comparabil.

Format:

- Durată interviu: 30-45 minute / candidat
- Scor pe răspuns: 1 (foarte slab) - 5 (excelent)
- Prag minim de calificare: (ex: 25 puncte din 40)

Structura interviului:

I. Deschidere interviu (2-3 min)

- Explicarea scopului interviului și a modului de desfășurare a acestuia;
- Asigurarea confidențialității și a tratamentului egal.

II. Întrebări standardizate

1. Motivație și alegerea profesiei

„Ce v-a determinat să candidați pentru acest post și ce înseamnă pentru dvs. rolul de APP?”

→ Scop: identificarea motivației interne și a compatibilității cu obiectivul proiectului

→ Punctaj: 1-5

2. Experiență profesională relevantă

„Povestiți-ne despre o experiență anterioară în care ați îngrijit o persoană cu dizabilități sau o persoană dependentă.”

→ Scop: evaluarea experienței practice și a adaptabilității

→ Punctaj: 1-5

3. Situație ipotetică - gestionare situație dificilă

„Imaginați-vă că persoana asistată refuză constant să coopereze la igiena zilnică. Cum procedați?”



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: „Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități”

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

→ Scop: testarea capacității de rezolvare a problemelor, empatie, fermitate

→ Punctaj: 1-5

4. Abilități de comunicare

„Cum comunicați cu o persoană care are dificultăți de vorbire sau înțelegere?”

→ Scop: verificarea abilităților de comunicare adaptate

→ Punctaj: 1-5

5. Etică și confidențialitate

„Cum procedați în situația în care observați că o persoană cu dizabilități este tratată inadecvat de către un membru al familiei acesteia?”

→ Scop: evaluarea integrității, protecția beneficiarului

→ Punctaj: 1-5

6. Gestionarea stresului și echilibrul emoțional

„Cum reacționați când sunteți obosit(ă) sau când aveți o zi dificilă, dar trebuie să oferiți sprijin unei persoane vulnerabile?”

→ Scop: testarea rezilienței psihologice

→ Punctaj: 1-5

7. Colaborare și lucrul în echipă

„Cum vedeți relația dvs. cu familia persoanei cu dizabilități și cu alți specialiști implicați (asistenți sociali, medici etc.)?”

→ Scop: cooperare multidisciplinară

→ Punctaj: 1-5

8. Disponibilitate și adaptabilitate

„Sunteți dispus(ă) să lucrați și în afara unui program fix, dacă situația persoanei cu dizabilități o impune?”

→ Scop: flexibilitate

→ Punctaj: 1-5

III. Evaluare finală și notare

Nr. crt.	Criteriu evaluare	Punctaj maxim	Punctaj obținut
1	Motivație	5	...
2	Experiență relevantă	5	...
3	Gestionare situație dificilă	5	...
4	Comunicare	5	...
5	Etică și confidențialitate	5	...



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

Nr. crt.	Criteriu evaluare	Punctaj maxim	Punctaj obținut
6	Reziliență/stres	5	...
7	Colaborare	5	...
8	Flexibilitate/adaptabilitate	5	...
TOTAL		40	...

IV. Observații finale (opțional)

Spațiu pentru completarea impresiilor subiective, care nu influențează scorul, dar pot fi utile în caz de punctaj egal.

V. Concluzie

- Se încheie interviul mulțumind candidatului;
- Se comunică termenul în care va fi anunțat rezultatul.

Intocmit de Expert GT

Data

Notă: Prezentul GHID DE INTERVIU se va atașa la dosarul domnului/doamnei _____ privind identificarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al APP din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS: 339736".



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 10

RAPORT DE VIZITĂ LA DOMICILIUL VIITORULUI ASISTENT PERSONAL PROFESIONIST

Date de identificare:

Nume și prenume candidat la postul de APP:

CNP:

Adresă de domiciliu / reședință / altă formă (chirie):

.....
.....

Scopul vizitei:

Evaluarea condițiilor de locuit, a mediului familial și a aptitudinilor persoanei în vederea atestării ca APP

Număr total al membrilor de familie:

Membrii familiei prezenți la momentul vizitei:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Descrierea locuinței

1. Tipul (casă/apartament la bloc)

2. Statutul locativ: proprietar/ chirie:

3. Număr de camere și spațiu aferent disponibil:

4. Gradul de:

- Igienă
- Aerisire
- Iluminare

5. Acces la apă, canalizare, electricitate:

6. Existența unui spațiu adecvat (cameră distinctă) pentru persoana care va fi îngrijit:



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

7. Siguranța și accesibilitatea locuinței:

- Spațiu accesibil (adaptat) unui utilizator de scaun rulant
- Spațiu accesibil pentru folosirea grupului sanitar sau a bucătăriei:

8. Motivația și atitudinea viitorului candidat la postul de APP la momentul vizitei:

Se urmăresc caracteristicile comportamentale referitoare la:

- Empatie
- Răbdare
- Seriozitate
- Ușurința în comunicare

9. Afirmă și manifestă disponibilitate de instruire și de a colabora cu specialiștii din cadrul DGASPC P.....:

DA / NU

10. Resurse personale declarate la momentul vizitei:

** Se urmărește corespondența între: starea de sănătate declarată la momentul vizitei și cea consemnată în avizele (actele) medicale depuse la dosar*

**Se urmărește corespondența între: capacitatea de muncă (competențele de îngrijire/gospodărire) declarată la momentul vizitei și motivația exprimată în scris la momentul depunerii dosarului*

.....

11. Evaluare generală

Aspecte pozitive identificate în comportamentul viitorului APP și în condițiile de locuit:

.....

.....

.....

.....

Avantaje suplimentare față de alți candidați - identificate la momentul vizitei:

De exemplu:

- disponibilitatea de a îngriji o persoană afectată de HIV
- disponibilitatea de a îngriji două persoane cu dizabilități la domiciliul personal (corespunzător spațiului aferent)
- deținător de autoturism și permis auto categoria B.....



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

- domiciliu plasat în zonă cu acces rapid la farmacii, spital, complex agroalimentar sau la zone de agrement, etc

Recomandări efectuate la momentul vizitei (dacă este cazul):

.....

Propunere finală:

Persoana este recomandată pentru selecția și formarea ca asistent personal profesionist:

DA

NU

Nume și prenume Expert GT:

Semnătură:

Nume și prenume persoană evaluată:.....

Semnătură persoană evaluată:

Notă: Prezentul **RAPORT DE VIZITĂ** se va atașa la dosarul domnului/doamnei _____ privind identificarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al APP din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS: 339736".



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 10 bis

RAPORT DE VIZITĂ LA DOMICILIUL VIITORULUI ASISTENT PERSONAL PROFESIONIST

Date de identificare:

Nume și prenume candidat la postul de APP:

CNP:

Adresă de domiciliu / reședință / altă formă (chirie):

.....
.....

Scopul vizitei:

Evaluarea condițiilor de locuit, a mediului familial și a aptitudinilor persoanei în vederea atestării ca APP

Număr total al membrilor de familie:

Membrii familiei prezenți la momentul vizitei:

1.

2.

3.

4.

Descrierea locuinței

5. Tipul (casă/apartament la bloc)

6. Statutul locativ: proprietar/ chirie:

7. Număr de camere și spațiu aferent disponibil:

8. Gradul de:

- Igienă
- Aerisire
- Iluminare

9. Acces la apă, canalizare, electricitate:

10. Motivația și atitudinea viitorului candidat la postul de APP la momentul vizitei:

Se urmăresc caracteristicile comportamentale referitoare la:



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

- Empatie
- Răbdare
- Seriozitate
- Ușurința în comunicare

11. Afirmă și manifestă disponibilitate de instruire și de a colabora cu specialiștii din cadrul DGASPC P.....:

DA / NU

12. Resurse personale declarate la momentul vizitei:

** Se urmărește corespondența între: starea de sănătate declarată la momentul vizitei și cea consemnată în avizele (actele) medicale depuse la dosar*

** Se urmărește corespondența între: capacitatea de muncă (competențele de îngrijire/gospodărire) declarată la momentul vizitei și motivația exprimată în scris la momentul depunerii dosarului*

.....

13. Evaluare generală

Aspecte pozitive identificate în comportamentul viitorului APP și în condițiile de locuit:

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

Avantaje suplimentare față de alți candidați - identificate la momentul vizitei:

De exemplu:

- disponibilitatea de a îngriji o persoană afectată de HIV
- disponibilitatea de a îngriji două persoane cu dizabilități la domiciliul personal (corespunzător spațiului aferent)
- deținător de autoturism și permis auto categoria B.....
- domiciliu plasat în zonă cu acces rapid la farmacii, spital, complex agroalimentar sau la zone de agrement, etc

Recomandări efectuate la momentul vizitei (dacă este cazul):

.....

Propunere finală:



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

Persoana este recomandată pentru selecția și formarea ca asistent personal profesionist:

DA

NU

Nume și prenume Expert GT:

Semnătură:

Nume și prenume persoană evaluată:.....

Semnătură persoană evaluată:

Notă: Prezentul **RAPORT DE VIZITĂ** se va atașa la dosarul domnului/doamnei _____ privind identificarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al APP din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS: 339736".



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 11

CONDICĂ DE PREZENȚĂ LA CURSUL DE FORMARE PROFESIONALĂ

DGASPC P.....

Curs de formare profesională:

Domeniul / Ocupația:

Organizatorul cursului:

Locul desfășurării:

Perioada: -

Formator:

Proba practică/Proba teoretică.....

Grupa.....

Tabel general cursanți

Nr. crt.	Nume și prenume cursant	CNP	Nr. act identitate	Localitatea cursant	Semnătură cursant
1					
2					
3					
4					
5					

Săptămâna 1

(Perioada: -)

Nr. crt.	Nume cursant	Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Observații
1	Semnătura de	prezență					
2							
...							

Săptămâna 2



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

(Perioada: -)

**Tabel identic cu cel de la săptămâna 1) etc. pentru toată perioada desfășurării cursului de formare.*

Declar că informațiile din prezenta condică reflectă prezența reală a cursanților pe durata cursului.

Formator:

Semnătură:

Data:

Notă: Prezența cursanților se consemnează zilnic, prin semnătură în tabelul de prezență, care constituie document justificativ și se arhivează la dosarul cursantului.



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 12

DECLARAȚIE CU PRIVIRE LA OPȚIUNEA PRIVIND FORMA DE ÎNGRIJIRE ȘI DISPONIBILITATEA

Subsemnatul/a _____, cu domiciliul în localitatea _____, str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, et _____, ap _____, județul/sector _____, CNP _____, posesor/posesoare a CI seria _____ nr. _____, emis de _____ la data de _____, declar pe propria răspundere că:

Sunt de acord cu sprijinul persoanei cu dizabilități identificate în contextul abordării centrate pe persoană, al participării sociale și egalității de șanse atribuite persoanei adulte cu dizabilități, în cadrul procesului de potrivire/selectare și ținându-se cont la următoarea locație (încercuți răspunsul dorit):

- La domiciliul meu, cu acordul proprietarului și al celorlalți locatari din imobil, dacă este cazul; DA / NU
- La domiciliul/reședința persoanei cu dizabilități; (**a se vedea dacă există există disponibilitate pentru a se deplasa și în altă localitate pentru a asigura suport/asistență/îngrijire persoanelor cu dizabilități la domiciliul acestora*); DA / NU
- La sediul unui locuințe incluzive/comunitate asigurate de către DGASPC P; DA / NU
- La imobilul indicat de către persoana cu dizabilități, altul decât locațiile susmenționate; DA / NU

pe perioada de implementare a proiectului "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS : 339736, precum și pe perioada de asigurare a sustenabilității proiectului.

Datele din prezenta declarație, sunt complete și corecte.

Declar că am luat la cunoștință de prevederile art. 326 din Codul Penal potrivit cărora falsul în declarații se pedepsește conform legii.

Data:

Nume și prenume:

Semnătura:

Notă: Prezenta declarație se va atașa la dosarul domnului/doamnei _____ privind identificarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al APP din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS: 339736".



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 13

DECLARAȚIE PENTRU LUARE LA CUNOȘTINȚĂ A SPECIFICUL ACTIVITĂȚII ASISTENTULUI

PERSONAL PROFESIONIST (APP) ȘI MOTIVAȚIE PERSONALĂ

Subsemnatul/a _____, cu domiciliul în
Localitatea _____, Str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____,
et _____, ap _____, Județul/Sector _____, CNP _____,
posesor/posesoare a CI seria _____ nr. _____, emis de _____ la data de _____,
declar prin prezenta că:

Am luat la cunoștință de specificul activităților în cadrul proiectului "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS : 339736, respectiv:

- Obiectivele generale și specifice ale proiectului;
- Condițiile de identificare, recrutare și monitorizării a activității;
- Atribuțiile, responsabilitățile care îmi vor reveni ca viitor angajat ca asistent personal profesionist;

Declar că am înțeles conținutul celor menționate mai sus, că ma oblig la respectarea tuturor prevederilor comunicate de Expertul Grupului Țintă al DGASPC P _____ și că voi desfășura activitatea cu profesionalism și responsabilitate față de persoana/persoanele cu handicap.

Motivația mea pentru angajarea ca viitor APP este de a contribui la îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu dizabilități și de a acorda suport/sprijin în integrarea lor socială.

Consider că participarea mea în cadrul acestui proiect reprezintă o oportunitate de a aduce o contribuție reală în comunitate.

Prezenta declarație a fost dată în deplină cunoștință de cauză și cu bună-credință.

Declar că am luat la cunoștință de prevederile art. 326 din Codul Penal, potrivit cărora falsul în declarații se pedepsește conform legii.

Data:

Nume și prenume:

Semnătura:

Notă: Prezenta declarație se va atașa la dosarul domnului/doamnei _____ privind identificarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al Asistentului Personal Profesionist din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS: 339736".



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 14

ACORD DE PRELUCRARE A DATELOR PERSONALE ȘI PARTICIPARE ÎN GRUP WHATSAPP

Subsemnatul/a _____, cu domiciliul în localitatea _____, str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, et _____, ap _____, județul/sector _____, CNP _____, posesor/posesoare a CI seria _____ nr. _____, emis de _____ la data de _____, telefon: _____, e-mail: _____,

prin prezenta îmi exprim acordul expres și neechivoc pentru a fi inclus(ă) în grupul de WhatsApp intitulat „[denumirea grupului]”, creat în scopul facilitării comunicării și transmiterii de informații între membrii proiectului.

Declar că:

1. Am fost informat(ă) cu privire la scopul creării grupului de WhatsApp pentru o comunicare mai rapidă și eficientă a informațiilor legate de activitățile proiectului: formare, atestare, salarizare etc.
2. Înțeleg că participarea în acest grup de WhatsApp este voluntară și pot solicita în orice moment ștergerea mea din grup, însă sunt conștient(ă) că astfel pot pierde accesul rapid la informații relevante despre proiect.
3. Mă angajez să folosesc grupul de WhatsApp exclusiv pentru scopul proiectului, cu respectarea normelor de conduită și a confidențialității.
4. Înțeleg că datele și mesajele comunicate în cadrul grupului de WhatsApp pot fi vizibile tuturor membrilor acestuia.
5. Am fost informat(ă) că mesajele transmise prin grupul de WhatsApp nu înlocuiesc canalele oficiale de omunicare insttiuțională (email, adrese fizice etc.), ci le completează.

Declar că am luat la cunoștință de prevederile art. 326 din Codul Penal, potrivit cărora falsul în declarații se pedepsește conform legii.

Data:

Nume și Prenume:

Semnătura:

Notă: Prezenta declarație se va atașa la dosarul domnului / doamnei _____ privind identificarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al Asistentului Personal Profesionist din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS: 339736".



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 15

DECLARAȚIE CU PRIVIRE LA EVITAREA DUBLEI FINANȚĂRI

Subsemnatul(a) _____ cu domiciliul în localitatea _____, str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, et _____, ap _____, județul/sector _____, CNP _____, având BI/ CI seria _____, nr. _____, eliberat de _____, la data _____, declar pe propria răspundere că:

- nu am mai participat la un alt proiect finanțat din fonduri nerambursabile/bugetul de stat, cu activități similare cu cele din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS: 339736, cofinanțat din Fondul Social European, prin Programul Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027, implementat de către Autoritatea Națională Pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu dizabilități, în calitate de Solicitant, în parteneriat cu Ministerul Muncii, Familiei, Tineretului și Solidarității Sociale și cele 23 Direcții Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului.

- înțeleg că participarea multiplă în proiecte care oferă același tipuri de formare profesională constituie o dublă finanțare, ceea ce contravine regulilor de implementare a proiectelor și atrage măsuri de excludere, recuperare a fondurilor sau alte sancțiuni legale.

Datele din prezenta declarație sunt complete și corecte.

Declar că am luat la cunoștință de prevederile art. 326 din Codul Penal potrivit cărora falsul în declarații se pedepsește conform legii.

Data:

Nume și prenume:

Semnătura:

Notă: Prezenta declarație se va atașa la dosarul domnului/doamnei _____ privind identificarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al Asistentului Personal Profesionist din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS: 339736".



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 16

**DECLARAȚIE CU PRIVIRE LA EXPRIMAREA ACORDULUI PENTRU APARTENENȚA LA GT AL APP
DE A PARTICIPA LA TOATE ACTIVITĂȚILE DIN PROIECT, RESPECTIV PARTICIPAREA LA
CURSURILE DE CALIFICARE APP, ATESTAREA, POTRIVIREA CU PERSOANA CU DIZABILITĂȚI,
ANGAJAREA CA APP**

Subsemnatul/a _____, cu domiciliul în localitatea _____,
str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, et _____, ap _____,
județul/sector _____, CNP _____, posesor/posezoare a
CI seria ___nr. ___, emis de _____ la data de _____, declar pe propria răspundere că:

1. Îmi exprim pe această cale acordul expres și nevicat privind participarea la toate activitățile pe care le implică implementarea proiectului „Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități”, Cod SMIS : 339736, respectiv: depunerea documentației solicitate, întocmite în conformitate cu realitatea/originalile, participarea la cursurile de calificare APP, parcurgerea etapelor pentru atestarea ca APP, potrivirea cu persoana cu dizabilități, angajarea de APP în cadrul DGASPC;
2. Îmi exprim pe această cale acordul expres și nevicat, precum și angajamentul privind desfășurarea activității ca APP în cadrul DGASPC P_____ pentru o perioadă de minimum 18 luni, ulterior finalizării perioadei de implementare a proiectului „Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități”, Cod SMIS 339736;
3. În cazul nerespectării uneia sau mai multor dintre aceste obligații în calitate de persoană selectată în cadrul grupului țintă al APP, mă angajez să returnez integral costurile aferente formării profesionale și participării la curs (transport, masă, subvenții etc.), conform prevederilor legale aplicabile, cu excepția situației în care intervine un caz fortuit sau de forță majoră care împiedică îndeplinirea obligațiilor sus menționate.

Datele din prezenta declarație sunt complete și corecte.

Declar că am luat la cunoștință de prevederile art. 326 din Codul Penal potrivit cărora falsul în declarații se pedepsește conform legii.

Data:

Nume și prenume:

Semnătură:

Notă: Prezenta declarație se va atașa la dosarul domnului/doamnei _____ privind identificarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al Asistentului Personal Profesionist din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS: 339736".



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 17

**DECLARAȚIE CU PRIVIRE LA RESPECTAREA CONFIDENȚIALITĂȚII INFORMAȚIILOR
REFERITOARE LA PERSOANA/ PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI ȘI A ETICII PROFESIONALE**

Subsemnatul/a _____, cu domiciliul în localitatea _____,
str. _____ nr _____, bl. _____, sc. _____,
et _____, ap _____, județul/sector _____ CNP _____,
posesor/posesoare a CI seria ___nr. ___, emis de _____ la data de _____, declar pe
propria răspundere că mă angajez să respect confidențialitatea datelor și a documentelor
uzitate în cadrul activității mele ca persoană selectată pentru a fi formată, atestată și
anagajată ca APP, precum și ca angajat în funcția de APP, pe perioada de implementare a
proiectului „Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru
persoanele cu dizabilități”, Cod SMIS : 339736, precum și pe perioada de asigurare a
sustenabilității proiectului.

Datele din prezenta declarație, sunt complete și corecte.

Declar că am luat la cunoștință de prevederile art. 326 din Codul Penal, potrivit cărora falsul
în declarații se pedepsește conform legii.

Data

Nume și prenume

Semnătură

Notă: Prezenta declarație se va atașa la dosarul al domnului / doamnei _____ privind identificarea, selectarea și
monitorizarea Grupului Țintă al Asistentului Personal Profesionist din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață
independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS: 339736".



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 18

FORMULARUL DE ÎNREGISTRARE INDIVIDUALĂ A PARTICIPANȚILOR
LA OPERAȚIUNILE FINANȚATE PRIN PEO/POIDS 2021-2027

DETALII PROIECT	
Cod SMIS proiect	
Prioritate	
Obiectiv specific	
Cod apel	
Titlu proiect	
OIR/OI	
Data de început	
Data de finalizare	
DATE DE IDENTIFICARE	
Date de contact	
Nume	
Prenume	
Telefon	
E-mail	
Domiciliu	
Județ	
Localitate	
Adresa	
Reședință	<input type="checkbox"/> Reședința e aceeași cu domiciliul



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

Județ		
Localitate		
Adresa		
Naționalitatea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Română
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alta: <input type="text"/>
CNP		
Zonă	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Urban
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rural
Localizare geografică		
Regiune		
Județ		
Unitate teritorial administrativă		
Gen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Masculin
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Feminin
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non-binar
Vârsta (ani împliniți la intrarea în operațiune)		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

Participantul este angajat în cadrul organizației Beneficiarului / partenerilor sau are alte tipuri de activitate dependentă în raport cu aceștia (raporturi de serviciu, contract de mandat etc.)

SECȚIUNEA A. La intrarea în operațiune

Data intrării în operațiune

Categoria de Grup Țintă din care face parte

Activități în care este implicat participantul

Activități conform Cererii de Finanțare

Descrierea narativă a activității

(Se vor defini activitățile din proiect la care va participa persoana, de ex.: consiliere, mediere, formare, educație, ocupare, îmbunătățire condiții de locuit etc.)

(se va descrie specificul activității definite anterior: consiliere/ mediere în vederea ____; curs de calificare nivel __, domeniul ____; program „A doua șansă” nivel __, ciclu ____; condiții de locuit îmbunătățite prin ____ etc.)

Situația pe piața forței de muncă

Angajat

Angajat pe cont propriu

Șomer



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

	<input type="checkbox"/>	Șomer de lungă durată
	<input type="checkbox"/>	Persoană inactivă inclusiv copii antepreșcolari, preșcolari, elevi, etc.
	<input type="checkbox"/>	Altă categorie de inactivi în afara de cei din educație și formare
Nivel de educație	<input type="checkbox"/>	Înscris într-un program de educație
	<input type="checkbox"/>	Înscris într-un program de formare
	<input type="checkbox"/>	Studii timpurii (ISCED 0)
	<input type="checkbox"/>	Studii primare (ISCED 1)
	<input type="checkbox"/>	Studii gimnaziale (ISCED 2)
	<input type="checkbox"/>	Studii liceale (ISCED 3)
	<input type="checkbox"/>	Studii postliceale (ISCED 4)
	<input type="checkbox"/>	Studii superioare (ISCED 5)
	<input type="checkbox"/>	Studii superioare (ISCED 6)
	<input type="checkbox"/>	Studii superioare (ISCED 7)
	<input type="checkbox"/>	Studii superioare (ISCED 8)
Persoană dezavantajată	<input type="checkbox"/>	Da
	<input type="checkbox"/>	Nu



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participanți care trăiesc în gospodării fără persoane ocupate	
				<input type="checkbox"/> Participanți care trăiesc în gospodării fără persoane ocupate cu copii aflați în întreținere
Migranți	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nu	<input type="checkbox"/> Nu doresc să declar
Participanți de origine străină	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nu	<input type="checkbox"/> Nu doresc să declar
Minorități	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da - Etnie romă	<input type="checkbox"/> Da - Altă minoritate decât cea romă
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nu	<input type="checkbox"/> Nu doresc să declar
Participanți cu dizabilități	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nu	<input type="checkbox"/> Nu doresc să declar
Persoane fără adăpost sau care sunt afectate de excluderea locativă	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nu	<input type="checkbox"/> Nu doresc să declar



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

Persoane din comunități marginalizate

 Da Nu Nu doresc să declar

Alte categorii defavorizate

 Da Nu Nu doresc să declar

Data

Semnătura participant

Semnătură responsabil cu înregistrarea participanților

Notă: Prin completarea și semnarea acestui formular vă exprimați consimțământul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor personale.

Datele dumneavoastră personale, înregistrate/colectate în cadrul derulării proiectelor PEO/PIDS, nu sunt prelucrate în niciun alt scop în afară de cele menționate în Formularul de înregistrare individuală și nu sunt comunicate către niciun terț, excepție făcând doar instituțiile/autoritățile publice, conform prevederilor legale în vigoare.



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 19

DGASPC PARTENER _____

Avizat Coordonator _____

CHESTIONAR DE MONITORIZARE A RELAȚIEI DINTRE PERSOANA/PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI ȘI ASISTENTUL PERSONAL PROFESIONIST

Chestionarul se va efectua la 3 luni pe perioada salarizării.

Răspunsurile dumneavoastră sunt confidențiale. Nu există răspunsuri corecte sau greșite. Spuneți doar ce credeți și cum vă simțiți în legătură cu îngrijirea primită de la asistentul personal profesionist.

Perioada evaluată: _____

Date despre dumneavoastră

Numele și prenumele persoanei cu dizabilități _____

Vârstă _____

Sex _____

De unde veniți?

- Din familie
- Dintr-un serviciu de tip rezidențial
- Altă situație: _____

Grad de handicap

- Grav
- Accentuat

Tipul de handicap

- Fizic
- Vizual
- Auditiv
- Somatic
- Mintal



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

Psihic

HIV/SIDA

Asociat (a se menționa maxim 2 tipuri de handicap) _____

1. Cum este viața dumneavoastră de când sunteți la asistentul personal profesionist?

Foarte bună

Mai bună

Bună

La fel ca înainte

Mai rea ca înainte

2. Vă simțiți în siguranță la asistentul personal profesionist?

Da

Nu

Nu știu

3. Asistentul personal profesionist vă ascultă când vorbiți?

Da

Nu

Nu știu

4. Asistentul personal profesionist înțelege de ce aveți nevoie?

Alegeți un număr de la 1 la 10 (1 = deloc, 10 = foarte bine)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Asistentul personal profesionist are grijă de dumneavoastră?

Da

Nu

Uneori

6. Asistentul personal profesionist vă însoțește/suține în activitățile desfășurate în comunitate (ex: activități de recreere și recuperare, accesare a unui loc de muncă, formare educațională și profesională, etc.)?

Da

Nu

Uneori



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

7. Asistentul personal profesionist vă vorbește frumos?

- Da
- Nu
- Uneori

8. Asistentul personal profesionist vă oferă ajutor atunci când aveți nevoie?

- Da
- Nu
- Uneori

9. Asistentul personal profesionist s-a purtat urât cu dumneavoastră (a țipat, a jignit, a împins sau lovit)?

- Da
- Nu

Dacă da, ce s-a întâmplat? _____

10. Va fost frică de asistentul personal profesionist?

- Da
- Nu
- Uneori

11. Asistentul personal profesionist vă cere părerea când se iau decizii despre dumneavoastră?

- Da
- Nu
- Uneori

12. Puteți spune „nu” dacă nu sunteți de acord?

- Da
- Nu
- Nu știu

13. Faceți lucruri care vă plac?

- Da
- Nu
- Nu știu

Ce vă place să faceți? _____



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

14. Puteți vorbi sau vedea familia și prietenii dacă doriți?

- Da
- Nu
- Nu doresc

15. Doriți să rămâneți în continuare la asistent personal profesionist?

- Da
- Nu
- Nu știu

16. Ce ați dori să fie mai bine la asistentul personal profesionist?

17. Doriți să mai spuneți ceva?

În cazul unei persoane nonverbale, se pot folosi imagini, semne, cartonașe cu fețe (vesel/trist) sau alte metode potrivite pentru persoană.

Data

Semnătura persoanei cu dizabilități

Semnătura DGASPC - Numele și prenumele _____

Notă: Prezentul chestionar se va atașa la dosarul domnului/doamnei _____ privind identificarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al Asistentului Personal Profesionist din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS: 339736".



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

ANEXA nr. 20

DGASPC PARTENER _____

Avizat Coordonator _____

CHESTIONAR DE MONITORIZARE A RELAȚIEI DINTRE ASISTENTUL PERSONAL PROFESIONIST ȘI PERSOANA/PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI

(Chestionarul va fi aplicat o dată la 3 luni pe perioada salarizării APP.)

Răspunsurile dumneavoastră sunt confidențiale. Nu există răspunsuri corecte sau greșite. Spuneți doar ce credeți și cum vă simțiți în legătură cu îngrijirea oferită persoanei adulte cu dizabilități.

Perioada evaluată: _____

Date generale

Numele și prenumele APP _____

Numărul de persoane pentru care acordați sprijin

- 1
- 2

Locul unde se desfășoară îngrijirea:

- la domiciliul persoanei cu dizabilități
- la domiciliul APP
- alte forme _____

1. În ce măsură prezența beneficiarului a influențat viața și confortul familiei dumneavoastră?(După caz)

- Deloc
- Puțin
- Mediu
- Mult
- Foarte Mult



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

2. Influența beneficiarului în viața dumneavoastră a fost:

- Mai mult pozitivă
- Mai mult negativă
- Echilibrată

3. Vă este dificilă deplasarea zilnică la domiciliul persoanei cu dizabilități? (După caz)

1.Deloc / 2.Puțin / 3.Mediu / 4.Mult / 5.Foarte Mult

4. Vă simțiți obosit(ă) la finalul zilei?

1.Deloc / 2.Puțin / 3.Mediu / 4.Mult / 5.Foarte mult

5. Considerați că volumul de muncă este:

- Mic
- Potrivit
- Mare
- Foarte mare

6. Cum apreciați comunicarea cu persoana cu dizabilități?

1. Deloc eficientă/ 2.Puțin eficientă/ 3.Medie/ 4.Bună/ 5.Foarte bună

7. Apreciați că relația dintre dumneavoastră și persoana cu dizabilități este:

- Dificilă
- Acceptabilă
- Bună
- Foarte bună

8. Persoana cu dizabilități își exprimă nevoile clar?

- Da
- Parțial
- Nu



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

9. Beneficiarul are încredere în dumneavoastră?

- Da
- Parțial
- Nu

10. Starea de sănătate a beneficiarului în ultimele 3 luni a fost:

- Stabilă
- Îmbunătățită
- Agravată

Explicații (dacă este cazul): _____

11. Beneficiarul a avut nevoie de consultații medicale?

- Nu
- Da (specificați motivul): _____

12. Beneficiarul participă la activități sociale sau recreative?

- Frecvent
- Ocazional
- Rar
- Deloc

13. Considerați că beneficiarul este stimulat să fie cât mai autonom posibil?

- Da
- Parțial
- Nu

14. Au existat situații tensionate sau conflicte?

- Nu
- Da (descrieți): _____



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

15. Au existat incidente importante în ultimele 3 luni?

- Nu
- Da

Dacă da, menționați:

- Apel 112 (motiv): _____
- Altercație
- Dispariție/fugă
- Modificare gravă a stării de sănătate
- Altele: _____

16. Beneficiarul își poate exprima opiniile și preferințele?

- Da
- Parțial
- Nu

17. Au existat sesizări sau reclamații din partea beneficiarului sau a familiei?

- Nu
- Da (detaliați): _____

18. În ce măsură vă simțiți sprijinit(ă) de echipa de monitorizare DGASPC?

1. Deloc/ 2. Puțin/ 3. Mediu/ 4. Mult/ 5. Foarte mult

19. Aveți nevoie de:

- Consiliere
- Formare profesională suplimentară
- Sprijin psihologic
- Consiliere juridică
- Alt tip de sprijin: _____



Programul: Incluziune și Demnitate Socială 2021-2027

Titlu: "Rețeaua APP - Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități"

Cod SMIS: 339736

Cod apel: PIDS/587/PIDS_P7/OP4

Beneficiar: Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Persoanelor cu Dizabilități

20. Ce dificultăți întâmpinați în activitate?

21. Ce îmbunătățiri considerați necesare pentru o mai bună îngrijire?

Data: _____

Semnătura APP: _____

Semnătura reprezentant DGASPC: _____

Notă: Prezentul chestionar se va atașa la dosarul domnului/doamnei _____ privind identificarea, selectarea și monitorizarea Grupului Țintă al Asistentului Personal Profesionist din cadrul proiectului "Rețeaua APP-Suport pentru o viață independentă în comunitate pentru persoanele cu dizabilități", Cod SMIS: 339736".