



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

**do projektu „Kompleksowe wsparcie opiekuńcze w Gminie Zagórz i Gminie Zarszyn”  
realizowanego przez Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży Caritas  
w ramach Działania 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych  
RPO WP na lata 2014-2020**

Informacje wypełniane przez osobę przyjmującą formularz:	
Data i podpis osoby przyjmującej formularz	
Numer formularza:	KWOZZ/OS/..../..../2020 Kompleksowe wsparcie opiekuńcze /Osoba starsza lub niesamodzielna/kolejny numer/Gmina tj. Z - Zagórz, ZR - Zarszyn / rok

### CZĘŚĆ I - DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA) - OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

1. Nazwisko i imię											
2. Data i miejsce urodzenia	(dd/mm/rrrr)						(miejsce urodzenia)				
3. Pesel											
4. Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta					<input type="checkbox"/> mężczyzna					
5. Adres zamieszkania											
Ulica/Miejscowość, nr domu/nr lokalu											
Kod pocztowy i Miejscowość / Obszar											<input type="checkbox"/> teren wiejski <input type="checkbox"/> teren miejski
Gmina/ Powiat / Województwo							<input type="checkbox"/> Podkarpackie <input type="checkbox"/> .....				
6. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania)											
7. Telefon stacjonarny / kontaktowy											
8. Adres e-mail											
9. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia lub zasadnicza) <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe										



## CZĘŚĆ II – INFORMACJE O STATUSIE KANDYDATA NA DZIEŃ ZŁOŻENIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO

### 1. Spełnianie kryterium formalnego (proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)

- Oświadczam, że jestem osobą, która potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
- Oświadczam, że nie mam możliwości samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego tj:

- .....

- .....

- Oświadczam, że nie otrzymałem/łam dotychczas wsparcia instytucjonalnego w postaci usług opiekuńczych lub otrzymałem/łam je w innym zakresie niż te, o które ubiegam się w ramach Projektu

**Do Formularza Rekrutacyjnego dołączam/zobowiązuje się dołączyć następujące załączniki potwierdzające spełnienie przeze mnie kryteriów formalnych:**

- Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu/ niekorzystaniu ze świadczeń opiekuńczych i/lub specjalistycznych (W przypadku korzystania z w/w świadczeń należy na zaświadczeniu określić rodzaj wsparcia).

Zobowiązuje się dołączyć do dnia .....

- Oświadczenie, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w województwie podkarpackim na terenie gminy :

Zagórz

Zarszyn

- Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza POZ stwierdzające, iż wymagam pomocy innych osób. Zobowiązuje się dołączyć do dnia .....

### 2. Spełnienie kryterium premiującego (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- Oświadczam, że doświadczam wielokrotnego wykluczenia
- Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną w tym osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą niepełnosprawną z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi
- Oświadczam, że jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (należy załączyć kserokopię Orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)
- Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą
- Oświadczam, że korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa
- Oświadczam, że jestem osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą tj. kwota 710 zł x 150% = **1051,50 zł** lub na osobę w rodzinie tj. 528 zł x 150% = **792 zł.**



### CZĘŚĆ III – DANE UZUPEŁNIAJĄCE – ZGODNIE Z ZAKRESEM DANYCH PRZETWARZANYCH W SYSTEMIE SL2014

#### STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

<b>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba długotrwale bezrobotna ( <i>Młodzież (&lt;25 lat) przez okres ponad 6 miesięcy, Dorośli (25 lat lub więcej) przez okres ponad 12 miesięcy</i> )	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>Osoba bierna zawodowo</b> ( <i>Osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna</i> )	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym:	<input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	
<b>Osoba pracująca</b>	<input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> w mikroprzedsiębiorstwie ( <i>do 9 pracowników</i> ) <input type="checkbox"/> w małym przedsiębiorstwie ( <i>od 10 do 49 pracowników</i> ) <input type="checkbox"/> w średnim przedsiębiorstwie ( <i>od 50 do 249 pracowników</i> ) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie ( <i>powyżej 250 pracowników</i> ) <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek	
<b>Wykonywany zawód</b>	<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <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"/> rolnik	
<b>Prosimy o wskazanie miejsca zatrudnienia</b>		

#### STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI



#### CZĘŚĆ IV – OŚWIADCZENIE

1. Wyrażam zgodę na udział w Projekcie „Kompleksowe wsparcie opiekuńcze w Gminie Zagórz i Gminie Zarszyn” realizowanym przez Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży Caritas w okresie 01.01.2020 – 31.12.2022 roku 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.
2. Zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie.
3. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych w celu monitoringu oraz ewaluacji projektu zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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. Dane te przechowywane będą przez Beneficjenta i udostępniane podmiotom trzecim dla zapewnienia prawidłowej realizacji projektu. W związku z powyższym mam świadomość o celu zbierania tych danych, prawie wglądu do swoich danych oraz możliwości ich poprawiania.
4. Wyrażam zgodę na publikację i rozpowszechnianie mojego wizerunku w mediach i materiałach promocyjnych dotyczących projektu „Kompleksowe wsparcie opiekuńcze w Gminie Zagórz i Gminie Zarszyn”.
5. Przyjmuję do wiadomości, że:
  - dane zawarte w niniejszym Formularzu mogą być weryfikowane przez Beneficjenta,
  - złożenie nieprawdziwego oświadczenia może być potraktowane jako próba wyłudzenia środków rzeczowych i może podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.
6. Niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Podpis Kandydata/Kandydatki*



## *Ocena socjalno-bytowa*

*(nie dotyczy Kandydatów do Dziennego Domu Pomocy)*

1. Sytuacja rodzinna:	<input type="checkbox"/> Osoba niepełnosprawna <input type="checkbox"/> Osoba samotna/samotnie gospodarująca <input type="checkbox"/> Osoba posiadająca rodzinę zamieszkałą w danej miejscowości lub okolicach <input type="checkbox"/> Osoba zamieszkująca z rodziną /inną osobą
2. Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego	
3. Jaka jest przyczyna niepełnosprawności / niesamodzielności	<input type="checkbox"/> Wada wrodzona <input type="checkbox"/> Wypadek, uraz <input type="checkbox"/> Przewlekła choroba <input type="checkbox"/> Inne, jakie?
4. Dokument potwierdzający niepełnosprawność / niesamodzielność	<input type="checkbox"/> Orzeczenie ZUS/KRUS <input type="checkbox"/> Na stałe <input type="checkbox"/> Terminowe do .... <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności znacznym/umiarkowanym/lekkim na stałe/terminowe do..... <input type="checkbox"/> Nieustalony stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza POZ stwierdzające, iż osoba wymaga pomocy innych osób
5. Aktywność indywidualna/poziom sprawności ruchowej i samoobsługi/oczekiwana pomoc	<input type="checkbox"/> Czynności pielęgnacyjne: <input type="checkbox"/> Odprowadzanie do toalety <input type="checkbox"/> Zakładanie i zmiana pieluchomajtek, zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń <input type="checkbox"/> Czynności żywieniowe: <input type="checkbox"/> Przygotowywanie posiłków (w tym jednego gorącego) lub produktów na pozostałą część dnia <input type="checkbox"/> Pomoc w przygotowaniu posiłków <input type="checkbox"/> Czynności gospodarcze: <input type="checkbox"/> Przynoszenie opału, Palenie w piecu <input type="checkbox"/> Sprzątanie: utrzymanie w czystości najbliższego otoczenia osoby, utrzymanie w bieżącej czystości sprzętu codziennego użytku, w tym urządzeń sanitarnych <input type="checkbox"/> Pranie odzieży, bielizny osobistej i pościelowej <input type="checkbox"/> Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niepełnosprawnej (podać jakie?) ..... <input type="checkbox"/> Czynności organizacyjne: <input type="checkbox"/> Zgłaszanie wizyt lekarskich i badań laboratoryjnych <input type="checkbox"/> Realizacja recept <input type="checkbox"/> Załatwianie spraw urzędowych lub towarzyszenie podczas wizyt w urzędach lub innych instytucjach i organizacjach <input type="checkbox"/> Pomoc w organizacji czasu wolnego <input type="checkbox"/> Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niepełnosprawnej (jakie?) ..... <input type="checkbox"/> Zapewnienie kontaktów z otoczeniem: <input type="checkbox"/> Inicjowanie, ułatwianie kontaktu z rodziną i środowiskiem lokalnym <input type="checkbox"/> Organizacja wyjść z mieszkania <input type="checkbox"/> Pomoc w zaspokajaniu potrzeb duchowych, w tym religijnych <input type="checkbox"/> Pomoc w zaspokajaniu potrzeb kulturalno-sportowo-rekreacyjnych

	<input type="checkbox"/> Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niepełnosprawnej
6. Aktualna sytuacja rodzinna i społeczna:	<input type="checkbox"/> Członkowie rodziny wspólnie zamieszkujący:  <input type="checkbox"/> Inni członkowie rodziny i znajomi, z którymi utrzymuje kontakt:  <input type="checkbox"/> Kontakty z organizacjami pozarządowymi:
7. Informacje dodatkowe:	

### Diagnoza pracownika socjalnego i propozycje dalszych działań

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

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Podpis pracownika socjalnego)



**Do Formularza dołączono następujące załączniki:**

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono
1.	Zaświadczenie dotyczące korzystania/niekorzystania ze świadczeń opiekuńczych i/lub specjalistycznych ( <i>obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka</i> )	<input type="checkbox"/>
2.	Oświadczenie o zamieszkaniu ( <i>obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka</i> )	<input type="checkbox"/>
3.	Zaświadczenie lekarskie ( <i>obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka</i> )	<input type="checkbox"/>
4.	Oświadczenie o doświadczaniu wielokrotnego wykluczenia ( <i>jeśli dotyczy</i> )	<input type="checkbox"/>
5.	Dokumenty potwierdzające spełnienie kryterium osoby z niepełnosprawnością sprzężną i osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi ( <i>jeśli dotyczy</i> )	<input type="checkbox"/>
6.	Orzeczenie o niepełnosprawności ( <i>jeśli dotyczy</i> )	<input type="checkbox"/>
7.	Oświadczenie o wielkości gospodarstwa domowego ( <i>jeśli dotyczy</i> )	<input type="checkbox"/>
8.	Oświadczenie dotyczące korzystania / niekorzystania z pomocy z PO PŻ ( <i>obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka</i> )	<input type="checkbox"/>
9.	Inne .....	<input type="checkbox"/>

**DECYZJA KOMISJI REKRUTACYJNEJ:**

Kandydat **SPEŁNIA** / **NIE SPEŁNIA** kryteria dostępu do udziału w projekcie. **UZASADNIENIE** (jeśli nie spełnia)

.....

**Kryteria premiujące:**

<input type="checkbox"/>	Osoba oświadcza, że doświadczona wielokrotnego wykluczenia	10 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną i osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą niepełnosprawną z całościowymi zaburzeniami	9 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	8 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba oświadcza, że jest osobą samotnie gospodarującą	7 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba korzysta z PO PŻ	6 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą	5 pkt.
<b>Łączna liczba uzyskanych punktów:</b>		<b>.....</b>

Określenie zakresu wsparcia i wymiaru, który wynika z informacji zawartych w Formularzu Zgłoszeniowym i załącznikach:

**Zakres wsparcia obejmuje usługi opiekuńcze w wymiarze (średnio dziennie):**

1 godz.  1,5 godz.  2 godz.  2,5 godz.  3 godz.  3,5 godz.  DDP  .....

**Częstotliwość wsparcia:**

5 razy w tygodniu  3 razy w tygodniu  2 razy w tygodniu  1 raz w tygodniu  .....

Uwagi:

.....

.....

Data .....

1. Członek Komisji Rekrutacyjnej .....

2. Członek Komisji Rekrutacyjnej .....

