***FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY***

***do projektu Przeworskie Centrum Opieki Domowej „W potrzebie”***

***realizowanego przez Miasto Przeworsk - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Przeworsku***

***w ramach Działanie/Poddziałanie 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: | Przeworskie Centrum Opieki Domowej „W potrzebie”/ osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu / kolejny numer/ Gmina Miasto Przeworsk / 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 | kobieta  mężczyzna | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Adres zamieszkania |  | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica/Miejscowość, nr domu/nr lokalu |  | | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy i Miejscowość |  | | | | | | | | | | |  | | |
| Gmina/ Powiat / Województwo | Przeworsk  ………….. | | | | | Przeworski  ………….. | | | | | | Podkarpackie  …………….. | | |
| 6. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania) |  | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Telefon stacjonarny / kontaktowy |  | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Adres e-mail |  | | | | | | | | | | | | | |
| 9.Wykształcenie | brak  podstawowe  gimnazjalne  ponadgimnazjalne *(ukończona szkoła średnia lub zasadnicza)*  policealne  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:***  Oświadczenie, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w województwie podkarpackim, powiecie przeworskim na terenie Miasta Przeworska    Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza POZ stwierdzające, iż potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.  Zobowiązuje się dołączyć do dnia ……………………… |
| 2. Spełnienie kryterium premiującego *(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)* |
| Oświadczam, że doświadczam wielokrotnego wykluczenia (zgodnie z wypełnionym załącznikiem)  Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną w tym osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą niepełnosprawnością intelektualną i osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (należy załączyć zaświadczenie lekarskie/Orzeczenie)  Oświadczam, że jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (należy załączyć zaświadczenie lekarskie/Orzeczenie)  Oświadczam, że jestem osobą korzystającą z PO PŻ  Oświadczam, że jestem osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą 1164,00 zł; o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej  Oświadczam, że jestem osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę w rodzinie 900,00 zł; o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej |

**CZĘŚĆ III - INFORMACJA O WNIOSKOWANYM WSPARCIU**

Proszę o udzielenie wsparcia w formie:

usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania

CZĘŚĆ IV - DANE UZUPEŁNIAJACE - ZGODNIE Z ZAKRESEM DANYCH PRZETWARZANYCH W SYSTEMIE SL2014

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy** | □TAK | □NIE |
| **Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy** | □TAK | □NIE |
| Osoba długotrwale bezrobotna *(Młodzież (<25 lat) przez okres ponad 6 miesięcy, Dorośli (25 lat lub więcej) przez okres*  *ponad 12 miesięcy)* | □TAK | □NIE |
| **Osoba bierna zawodowo**  *(Osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna)* | □TAK | □NIE |
| W tym: | * Inna * Osoba ucząca się * Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | |
| **Osoba pracująca** | * w organizacji pozarządowe * w administracji rządowej * w administracji samorządowej * inne * w mikroprzedsiębiorstwie *(do 9 pracowników)* * w małym przedsiębiorstwie *(ad 10 do 49 pracowników)* * w średnim przedsiębiorstwie *(ad* 50 *do 249 pracowników)* * w dużym przedsiębiorstwie *(powyżej 250 pracowników)* * osoba prowadząca działalność na własny rachunek | |
| **Wykonywany zawód** | * inny * instruktor praktycznej nauki zawodu * nauczyciel kształcenia ogólnego * nauczyciel wychowania przedszkolnego * nauczyciel kształcenia zawodowego * pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia * kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej * pracownik instytucji rynku pracy * pracownik instytucji szkolnictwa wyższego * pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej * pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej * pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej * rolnik | |
| **Prosimy o wskazanie miejsca zatrudnienia** |  | |

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | TAK |  | NIE  ODMOWA PODANIA  INFORMACJI | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta  wykluczeniem z dostępu do mieszkań | TAK | NIE  ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | |
| Osoba z niepełnosprawnościami | TAK | NIE | | ODMOWA PODANIA  INFORMACJI |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej tj.: (- Bezdomność i wykluczenie z dostępu do mieszkań oraz pochodzenie z obszarów wiejskich (wg stopnia urbanizacji DEGURBA 3)  -osoba z wyksztalceniem na poziomie ISCED 0 (brak wykształcenia lub niższe niż podstawowe)  - byli więźniowie, narkomani itp.) | TAK | NIE | | ODMOWA PODANIA INFORMACJI |

**CZĘŚĆ V - OŚWIADCZENIE**

1. Wyrażam zgodę na udział w Projekcie „Przeworskie Centrum Opieki Domowej „W potrzebie” realizowanym przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej 01.10.2022 r. – 12.12.2023 roku w ramach konkursu nr RPPK.08.03.00-IP. 01-18-064/22 Działanie/Poddziałanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych w ramach RPO WP na lata 2014-2020.
2. Zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie.
3. Wyrażam zgodę nagromadzenie, 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 *„Przeworskie Centrum Opieki Domowej „W potrzebie””*.
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.

1. Niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

………………………………………… …………………………………………

*Miejscowość, data Podpis Kandydata/Kandydatki*

**Do Formularza dołączono następujące załączniki:**

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

***Ocena socjalno-środowiskowa***

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***DECYZJA KOMISJI REKRUTACYJNEJ:***  Kandydat **SPEŁNIA / NIE SPEŁNIA** kryteria dostępu do udziału w projekcie. UZASADNIENIE (jeśli nie spełnia)  ……………………………………………………………………………………………………………………………………  ***Kryteria premiujące:***   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia | 5 pkt. | |  | Osobą z niepełnosprawnością sprzężoną w tym osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi | 5 pkt. | |  | Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności | 5 pkt. | |  | Osoba korzysta z PO PŻ | 5 pkt. | |  | Osoba, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą | 5 pkt. | |  | Osoba, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę w rodzinie | 5 pkt. | | **Łączna liczba uzyskanych punktów:** | | ***………..*** |   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.  ……………………..  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 ………………………………………….  3. Członek Komisji Rekrutacyjnej …………………………………………... |