***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 PODANIAINFORMACJI |
| Osoba bezdomna lub dotkniętawykluczeniem z dostępu do mieszkań |  TAK | NIE [ ]  ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| Osoba z niepełnosprawnościami | TAK | NIE | [ ]  ODMOWA PODANIAINFORMACJI |
| 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 …………………………………………... |