

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

Formularz zgłoszeniowy do projektu „Uruchomienie centrum wsparcia opiekunów nieformalnych z wirtualną bazą wiedzy”

Wypełnia Biuro Projektu	Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)		Podpis osoby przyjmującej	
--	---	--	---------------------------	--

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób:

Dane osobowe kandydata na uczestnika projektu OPIEKUN NIEFORMALNY	
Nazwisko	
Imię (Imiona)	
Data urodzenia	Płeć: · K · M
Pesel	
Kod pocztowy, miejscowość	
Ulica, nr domu/lokalu	
Numer telefonu/e-mail	
Dane podopiecznego OSOBY NIESAMODZIELNEJ	
Nazwisko	
Imię (Imiona)	
Data urodzenia	Płeć: · K · M
Pesel	
Kod pocztowy, miejscowość	
Ulica, nr domu/lokalu	
Numer telefonu	

Kryteria formalne: (należy zaznaczyć właściwe pola)		
jestem opiekunem osoby niesamodzielnej – tj. osobą pełnoletnią opiekującą się osobą niesamodzielną, niebędącą opiekunem zawodowym i niepobierającą wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną (najczęściej członek rodziny).	TAK ☐	NIE ☐
oświadczam, że moje miejsce zamieszkania (lub nauki, pracy) znajduje się na terenie województwa małopolskiego.	TAK ☐	NIE ☐

Kryteria dochodowe: (zaznaczyć jeśli dotyczy):		
preferencje otrzymują osoby z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, których dochód nie przekracza <u>150% właściwego kryterium dochodowego</u> (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej - w przypadku usług asystenckich i opiekuńczych	TAK ☐	NIE ☐

Kryteria premiowane: (zaznaczyć jeśli dotyczy):		
Niniejszym oświadczam, że przysługują mi preferencje w dostępie do oferowanych usług z uwagi na spełnianie następujących kryteriów premiowanych:		
K.P.1. osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczająca <u>wielokrotnego wykluczenia społecznego</u> rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z poniższych przesłanek:	TAK ☐	NIE ☐
	należy wskazać, które kryterium jest spełnione	
1. osoby korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	☐	
2. osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym	☐	
3. osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	☐	
4. osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich	☐	
5. osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty	☐	
6. osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020	☐	
7. członkowie rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością	☐	
8. osoby, dla których ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.)	☐	
9. osoby niesamodzielne	☐	
10. osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014- 2020	☐	
11. osoby korzystające z PO PŻ	☐	
K.P.2. osoba której podopieczny wykazuje znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,	TAK ☐	NIE ☐
K.P.3. osoba której podopieczny wykazuje niepełnosprawność sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwoju,	TAK ☐	NIE ☐

K.P.4. osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020,	TAK ☐	NIE ☐
K.P.5. osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020,	TAK ☐	NIE ☐
K.P.6. osoba rozpoczynające opiekę nad osobą niesamodzielną,	TAK ☐	NIE ☐
K.P.7. osoba rezygnująca z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, aby zajmować się podopiecznym,	TAK ☐	NIE ☐
K.P.8. osoba sprawująca opiekę pielęgnacyjną w domu bez wsparcia rodzinnego,	TAK ☐	NIE ☐
K.P.9. osoba posiadająca więcej niż jedną osobę niesamodzielną pod opieką,	TAK ☐	NIE ☐
K.P.10. osoba której sytuacja zdrowotna uległa gwałtownemu pogorszeniu a stan zdrowia lub podeszły wiek utrudnia opiekę nad osobą niesamodzielną,	TAK ☐	NIE ☐
K.P.11. osoba u której mogą występować objawy Zespołu stresu opiekuna lub osoba zmagająca się z wypaleniem.	TAK ☐	NIE ☐

Oświadczam, że:

- zapoznałam/-em się, rozumiem i akceptuję Regulamin rekrutacji i udziału w projekcie,
- dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
- po zakwalifikowaniu do Projektu dostarczę dokumenty uzupełniające, o których mowa w § 5, pkt. 11 Regulaminu.
- zobowiązuje się do uczestnictwa w formach wsparcia na które zostaną skierowany.

.....
DATA

.....
PODPIS KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU – OPIEKUNA NIEFORMALNEGO