

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

**do projektu „Mobilna opieka domowa”
realizowanego przez Caritas Archidiecezji Przemyskiej
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:	MOD/OS/.../.../2018 Mobilna opieka domowa /Osoba starsza lub niesamodzielna/kolejny numer/ Powiat tj. K- Krosno i krośnieński, Ł – łańcucki, B – brzozowski/ 2018

CZĘŚĆ I – DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA) – OSOBA STARSZA / OSOBA NIESAMODZIELNA

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"/> Krosno <input type="checkbox"/> krośnieński <input type="checkbox"/> łańcucki <input type="checkbox"/> brzozowski	<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, której ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych.
- Oświadczam, że nie mam możliwości samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowej czynności dnia codziennego tj:
.....
.....
- Oświadczam, że nie otrzymałem dotychczas wsparcia w postaci usług opiekuńczych/asystenckich/sąsiedzkich lub otrzymałem 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 powiatu:
 Krosno krośnieńskiego łańcuckiego brzozowskiego
- 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 jestem osobą niepełnosprawną (należy załączyć kserokopię Zaświadczenia o niepełnosprawności).
- Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą.
- Oświadczam, że korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (należy załączyć zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej).
- Oświadczam, że jestem osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą tj. kwota 634 zł x 150% = **951 zł** lub na osobę w rodzinie tj. kwota 514 zł x 150% = **771 zł**.

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

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba długotrwale bezrobotna (Młodzież (<25 lat) przez okres ponad 6 miesięcy, Dorośli (25 lat lub więcej) przez okres ponad 12 miesięcy)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bierna zawodowo (Osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna)	<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	
Osoba pracująca	<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 (do 9 pracowników) <input type="checkbox"/> w małym przedsiębiorstwie (od 10 do 49 pracowników) <input type="checkbox"/> w średnim przedsiębiorstwie (od 50 do 249 pracowników) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie (powyżej 250 pracowników) <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek
Wykonywany zawód	<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
Prosimy o wskazanie miejsca zatrudnienia	

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 przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
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 III – OŚWIADCZENIE

- Wyrażam zgodę na udział w Projekcie „Mobilna opieka domowa” realizowanym przez Caritas Archidiecezji Przemyskiej w okresie 01.03.2018 – 31.12.2020 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.
- Zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie.
- Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych w celu monitoringu oraz ewaluacji projektu (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2016 r. poz. 922). 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.
- Wyrażam zgodę na publikację i rozpowszechnianie mojego wizerunku w mediach i materiałach promocyjnych dotyczących projektu „Mobilna opieka domowa”.

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

Indywidualna ocena czynnościowa i socjalno-środowiskowa

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 starszej, 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 starszej,



	<p>niepełnosprawnej (jakie?)</p> <p><input type="checkbox"/> Zapewnienie kontaktów z otoczeniem:</p> <ul style="list-style-type: none"><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 starszej, niepełnosprawnej
6. Aktualna sytuacja rodzinna i społeczna:	<p><input type="checkbox"/> Członkowie rodziny wspólnie zamieszkujący:</p> <p><input type="checkbox"/> Inni członkowie rodziny i znajomi, z którymi utrzymuje kontakt:</p> <p><input type="checkbox"/> Kontakty z organizacjami pozarządowymi:</p>
7. Informacje dodatkowe:	

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
(Miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O ZAMIESZKANIU

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że w dniu złożenia Formularza Rekrutacyjnego do projektu „Mobilna opieka domowa” (realizowanego przez Caritas Archidiecezji Przemyskiej w okresie 01.03.2018 – 31.12.2020 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) mieszkam w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w Województwie Podkarpackim na terenie powiatu Krosno/ krośnieńskiego/ łańcuckiego/ brzozowskiego.

.....
(Podpis)



DECYZJA KOMISJI REKRUTACYJNEJ:

Kandydat SPEŁNIA / NIE SPEŁNIA kryteria dostępu do udziału w projekcie.

UZASADNIENIE (jeśli nie spełnia)

.....
.....

Kryteria premiujące:

- Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia (10 pkt.) – weryfikowane na podstawie informacji zwartych w Formularzu Zgłoszeniowym oraz załącznikach
- Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną i osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (9 pkt.)
- Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (8 pkt.)
- Osoba samotnie gospodarująca (7 pkt.)
- Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (6 pkt.)
- Osoba z niepełnosprawnościami i / lub osoba niesamodzielna, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (5 pkt.)

Łączna liczba uzyskanych punktów:

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

Zakres wsparcia:

- usługi opiekuńcze
- usługi asystenckie
- usługi sąsiedzkie

Wymiar wsparcia (dziennie):

- średnio 1 godz.
- średnio 2 godz.
- średnio 2,5 godz.
- średnio 3 godz.
- średnio 3,5 godz.
- średnio (inne)

Częstotliwość:

- 5 razy w tygodniu
- 3 razy w tygodniu
- 2 razy w tygodniu
- 1 raz w tygodniu
- nie rzadziej niż raz na dobę (usługi sąsiedzkie)
- (inne)

Uwagi:

.....
.....

Data

1. Członek Komisji Rekrutacyjnej

2. Członek Komisji Rekrutacyjnej