

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

**do projektu „Pomocna dłoń”
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:	PD/OS/..../..../2018 Pomocna dłoń /Osoba starsza lub niesamodzielna/kolejny numer/ Powiat tj. P- przeworski, J – jarosławski, L – leżajski/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"/> przeworski <input type="checkbox"/> jarosławski <input type="checkbox"/> leżajski		<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 (<i>ukończona szkoła średnia lub zasadnicza</i>) <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:

przeworskiego jarosławskiego leżajskiego

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

2. Spełnianie 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 „Pomocna dłoń” realizowanym przez Caritas Archidiecezji Przemyskiej w okresie 01.01.2018 – 29.02.2020 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 „Pomocna dłoń”.

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

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 Kandydata



.....
(Imię i Nazwisko)

.....
(Miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O ZAMIESZKANIU

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że w dniu złożenia Formularza Rekrutacyjnego do projektu „Pomocna dłoń” (realizowanego przez Caritas Archidiecezji Przemyskiej w okresie 01.01.2018 – 29.02.2020 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 przeworskiego/jarosławskiego/leżajskiego.

.....
(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