

## *Ocena socjalno-bytowa (nie dotyczy Kandydatów do Dziennego Domu Pomocy)*

|   |  |
|---|--|
| 1. Sytuacja rodzinna:   | <input type="checkbox"/> Osoba niepełnosprawna<br><input type="checkbox"/> Osoba samotna/samotnie gospodarująca<br><input type="checkbox"/> Osoba posiadająca rodzinę zamieszkałą w danej miejscowości lub okolicach<br><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<br><input type="checkbox"/> Wypadek, uraz<br><input type="checkbox"/> Przewlekła choroba<br><input type="checkbox"/> Inne, jakie?   |
| 4. Dokument potwierdzający niepełnosprawność / niesamodzielność                     | <input type="checkbox"/> Orzeczenie ZUS/KRUS<br><input type="checkbox"/> Na stałe<br><input type="checkbox"/> Terminowe do ....<br><input type="checkbox"/> Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności znacznym/umiarkowanym/lekkim na stałe/terminowe do.....<br><input type="checkbox"/> Nieustalony stopień niepełnosprawności<br><input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza POZ/Specjalistę stwierdzające, iż osoba wymaga pomocy innych osób  |
| 5. Aktywność indywidualna/poziom sprawności ruchowej i samoobsługi/oczekiwana pomoc | <input type="checkbox"/> Czynności pielęgnacyjne:<br><input type="checkbox"/> Odprowadzanie do toalety<br><input type="checkbox"/> Zakładanie i zmiana pieluchomajtek, zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń<br><input type="checkbox"/> Czynności żywieniowe:<br><input type="checkbox"/> Przygotowywanie posiłków (w tym jednego gorącego) lub produktów na pozostałą część dnia<br><input type="checkbox"/> Pomoc w przygotowaniu posiłków<br><input type="checkbox"/> Czynności gospodarcze:<br><input type="checkbox"/> Przynoszenie opału, Palenie w piecu<br><input type="checkbox"/> Sprzątanie: utrzymanie w czystości najbliższego otoczenia osoby, utrzymanie w bieżącej czystości sprzętu codziennego użytku, w tym urządzeń sanitarnych<br><input type="checkbox"/> Pranie odzieży, bielizny osobistej i pościelowej<br><input type="checkbox"/> Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby starszej, niepełnosprawnej (podać jakie?).....<br><input type="checkbox"/> Czynności organizacyjne:<br><input type="checkbox"/> Zgłaszanie wizyt lekarskich i badań laboratoryjnych<br><input type="checkbox"/> Realizacja recept<br><input type="checkbox"/> Załatwianie spraw urzędowych lub towarzyszenie podczas wizyt w urzędach lub innych instytucjach i organizacjach<br><input type="checkbox"/> Pomoc w organizacji czasu wolnego<br><input type="checkbox"/> Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby starszej, niepełnosprawnej (jakie?) .....<br><input type="checkbox"/> Zapewnienie kontaktów z otoczeniem:<br><input type="checkbox"/> Inicjowanie, ułatwianie kontaktu z rodziną i środowiskiem lokalnym<br><input type="checkbox"/> Organizacja wyjść z mieszkania<br><input type="checkbox"/> Pomoc w zaspokajaniu potrzeb duchowych, w tym religijnych<br><input type="checkbox"/> Pomoc w zaspokajaniu potrzeb kulturalno-sportowo-rekreacyjnych<br><input type="checkbox"/> Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby starszej, niepełnosprawnej |





.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
(Miejscowość, data)

## OŚWIADCZENIE O ZAMIESZKANIU

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że w dniu złożenia Formularza Rekrutacyjnego do projektu „Opieka mobilna w Gminie Zarszyn oraz DDP w Łąncucie i Przychojcu” (realizowanego przez Caritas Archidiecezji Przemyskiej w okresie 01.12.2022 – 31.12.2023 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 Gminy Zarszyn, Gminy miejskiej Łącut, Gminy wiejskiej Łącut, powiatu Leżajskiego.<sup>1</sup>

.....  
(Podpis Kandydata/Kandydatki)

---

<sup>1</sup>Niewłaściwe skreślić



.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
(Miejscowość, data)

## OŚWIADCZENIE O WIELKOŚCI GOSPODARSTWA DOMOWEGO

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że prowadzę jednoosobowe /  
wielosobowe<sup>2</sup> gospodarstwo domowe. Liczba osób w gospodarstwie domowym łącznie ze  
mną wynosi.....

.....  
(Podpis Kandydata/Kandydatki)

---

<sup>2</sup> Niewłaściwe skreślić



.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
(Miejscowość, data)

## Oświadczenie dotyczące korzystania/niekorzystania z pomocy z PO PŻ

Oświadczam, że **korzystam/ nie korzystam**<sup>3</sup> z pomocy żywnościowej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

Skorzystałem/łam z następujących działań towarzyszących<sup>4</sup>:

- warsztaty kulinarne dla różnych grup pokoleniowych z udziałem ekspertów kulinarnych, kuchmistrzów, dietetyków, pokazujące różne możliwości przygotowania i wykorzystania artykułów spożywczych;
- warsztaty dietetyczne i dotyczące zdrowego żywienia;
- programy edukacyjne propagujące zasady zdrowego odżywiania i przeciwdziałanie marnowaniu żywności;
- warsztaty edukacji ekonomicznej (nauka tworzenia, realizacji i kontroli budżetu domowego, ekonomicznego, prowadzenia gospodarstwa domowego, z uwzględnieniem wszystkich finansowych i rzeczowych dochodów rodziny, w tym darów żywnościowych);
- inne, tj.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(Podpis Kandydata/Kandydatki)

<sup>3</sup> Właściwie podkreślić

<sup>4</sup> Uzupełnić w przypadku osób korzystających z PO PŻ wybierając spośród podanych, w przypadku osób, które skorzystały z innych działań należy wpisać z jakich



## OŚWIADCZENIE O DOŚWIADCZANIU WIELOKROTNEGO WYKLUCZENIA

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że doświadczam wielokrotnego wykluczenia z uwagi na przynależność do grup osób wskazanych w rozdziale 3 pkt. 15 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 tj.:

osoby lub rodziny 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;

osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;

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;

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 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1654, z późn.zm.);

osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2017 r. poz. 2198, z późn.zm.);

osoby z niepełnosprawnością – 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 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;

członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;

osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;

osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;

osoby odbywające kary pozbawienia wolności;

osoby korzystające z PO PŻ.

.....  
(Podpis Kandydata/Kandydatki)



.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
(Miejscowość, data)

## OŚWIADCZENIE O NIEPRZEKRACZANIU 150% WŁAŚCIWEGO KRYTERIUM DOCHODOWEGO

Oświadczam, że jestem osobą której dochód nie przekracza 150 % właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą lub 150 % właściwego kryterium dochodowego na osobę w rodzinie.

.....  
(Podpis Kandydata/Kandydatki)