

.....
(Pieczęć Ośrodka Pomocy Społecznej)

.....
(Miejscowość, data)

Zaświadczenie dotyczące korzystania/niekorzystania ze świadczeń opiekuńczych i/lub specjalistycznych

Zaświadcza się, że Pan/i zamieszkały/a
.....PESEL.....

korzysta/nie korzysta ze świadczeń opiekuńczych i/lub specjalistycznych.

Pan/i korzystał/a z następujących usług opiekuńczych/specjalistycznych¹:

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

w okresie od do

.....
(podpis i pieczęć kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej)

¹ Uzupełnić w przypadku osób korzystających z usług opiekuńczych/specjalistycznych.

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
(Miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O ZAMIESZKANIU

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że w dniu złożenia Formularza Rekrutacyjnego do projektu „Projekt „Usługi mobilne w Gminach Grodzisko Dolne, Tryńcza, Markowa, Miasto Przemyśl oraz DDP w Przemyślu” (realizowanego przez Fundację AMICO w okresie 30.11.2022 – 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 Grodzisko Dolne, Tryńcza, Markowa, Miasto Przemyśl

.....
(Podpis)

.....
(Pieczęć Ośrodka Zdrowia)

.....
(Miejscowość, data)

Zaświadczenie lekarskie
(na potrzeby skorzystania z usług opiekuńczych)

Zaświadcza się, że Pan/i zamieszkały/a
..... PESEL.....
jest osobą, która potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Pan/i **wymaga/nie wymaga²** pomocy innych osób.

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
(Miejscowość, data)

² Niewłaściwe skreślić

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 WIELKOŚCI GOSPODARSTWA DOMOWEGO

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że prowadzę jednoosobowe /
wieloosobowe³ gospodarstwo domowe.

.....
(Podpis Kandydata/Kandydatki)

³ Niewłaściwe skreślić

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
(Miejscowość, data)

Oświadczenie dotyczące korzystania/niekorzystania z pomocy z PO PŻ

Oświadczam, że **korzystam/ nie korzystam**⁴ z pomocy żywnościowej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

Skorzystałem/łam z następujących działań towarzyszących⁵:

- ☐ 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)

⁴ Właściwe podkreślić

⁵ Uzupełnić w przypadku osób korzystających z PO PŻ wybierając spośród podanych, w przypadku osób, które skorzystały z innych działań należy wpisać z jakich

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

1. Sytuacja rodzinna:	☐ Osoba niepełnosprawna ☐ Osoba samotna/samotnie gospodarująca ☐ Osoba posiadająca rodzinę zamieszkałą w danej miejscowości lub okolicach ☐ Osoba zamieszkująca z rodziną /inną osobą
2. Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego	
3. Jaka jest przyczyna niepełnosprawności / niesamodzielnosci	☐ Wada wrodzona ☐ Wypadek, uraz ☐ Przewlekła choroba ☐ Inne, jakie?
4. Dokument potwierdzający niepełnosprawność / niesamodzielnosc	☐ 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
5. Aktywność indywidualna/poziom sprawności ruchowej i samoobsługi/oczekiwana pomoc	☐ Czynności pielęgnacyjne: ☐ Odprowadzanie do toalety ☐ Zakładanie i zmiana pieluchomajtek, zapobieganie powstawaniu odleżyn i oparzeń ☐ 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



6. Aktualna sytuacja rodzinna i społeczna:	☐ Członkowie rodziny wspólnie zamieszkujący: ☐ Inni członkowie rodziny i znajomi, z którymi utrzymuje kontakt: ☐ Kontakty z organizacjami pozarządowymi:
7. Informacje dodatkowe:	

Diagnoza pracownika socjalnego i propozycje dalszych działań

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

(Miejscowość, data)

(Podpis pracownika socjalnego)