



.....  
(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/specjalistycznych<sup>1</sup>:

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

w okresie od ..... do .....

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

---

<sup>1</sup> Uzupelnic w przypadku osób korzystajacych z uslug opiekuńczych/specjalistycznych.



.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
(Miejscowość, data)

## OŚWIADCZENIE O ZAMIESZKANIU

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że w dniu złożenia Formularza Rekrutacyjnego do projektu „Wsparcie opiekuńcze w Gminie Adamówka i DDP w Zboiskach” (realizowanego przez Caritas Archidiecezji Przemyskiej w okresie 01.03.2021 – 30.09.2023 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 Adamówka

powiatu sanockiego

.....  
(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 wymaga<sup>2</sup>** pomocy innych osób.

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

---

<sup>2</sup> Niewłaściwe skreślić



.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
(Miejscowość, data)

## 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 /  
wielosobowe<sup>3</sup> gospodarstwo domowe.

.....  
(Podpis Kandydata/Kandydatki)

---

<sup>3</sup> Niewłaściwe skreślić



.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
(Miejscowość, data)

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

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

Skorzystałem/łam z następujących działań towarzyszących<sup>5</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>4</sup> Właściwie podkreślić

<sup>5</sup> 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:	<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, niepełnosprawnej (jakie?) ..... <input type="checkbox"/> Zapewnienie kontaktów z otoczeniem: <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:	<input type="checkbox"/> Członkowie rodziny wspólnie zamieszkujący:  <input type="checkbox"/> Inni członkowie rodziny i znajomi, z którymi utrzymuje kontakt:  <input type="checkbox"/> Kontakty z organizacjami pozarządowymi:
7. Informacje dodatkowe:	

**Diagnoza pracownika socjalnego i propozycje dalszych działań**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Podpis pracownika socjalnego)