

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU

„Deinstytucjonalizacja usług opiekuńczych w Domu Seniora Górski Zakątek, nowe miejsca opieki dziennej oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w domu”

Program: Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021–2027 (EFS+), Działanie FESL.07.04 – Usługi społeczne; nr projektu FESL.07.04-IZ.01-05CC/23.

Forma wsparcia

- ☐ A. Opieka dzienna (DDP)
☐ B. Opieka domowa
☐ C. Opieka specjalistyczna

A. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA

IMIĘ (IMIONA):

NAZWISKO:

PŁEĆ: ☐ KOBIETA ☐ MĘŻCZYŻNA

PESEL:

WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:

OBYWATELSTWO

- ☐ Obywatelstwo polskie
☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE
☐ Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec

WYKSZTAŁCENIE

☐ ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0–2)
przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum

☐ PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4)
osoby, które ukończyły szkołę: zawodową (a po 2017 r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną

☐ WYŻSZE (ISCED 5–8)
osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE:

KRAJ:

WOJEWÓDZWO:

POWIAT:

GMINA:

KOD POCZTOWY:

MIEJSCOWOŚĆ:

TEL. KONTAKTOWY:

ADRES E-MAIL:

B. SYTUACJA ŻYCIOWA I ZDROWOTNA

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba obcego pochodzenia

Osoba obcego pochodzenia - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

☐ TAK ☐ NIE

Osoba państwa trzeciego

Osoba niebędąca obywatelem UE, EOG, czy Szwajcarii

☐ TAK ☐ NIE

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)

Mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska.

Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.

☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji

Osoba z niepełnosprawnościami

Osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

Należy załączyć kserokopię ważnego orzeczenia o niepełnosprawności poświadczonego przez kandydata za zgodność z oryginałem lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.

☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

Osoby bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów), osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitala, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane; niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą); nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie)

☐ TAK ☐ NIE

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**☐ **OSOBA BEZROBOTNA**

osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia.
w tym:

☐ długotrwale bezrobotna (osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy - w przypadku osób w wieku 25 lat i więcej; osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy - w przypadku osób w wieku poniżej 25 lat)

☐ inne

☐ **OSOBA BIERNA ZAWODOWO**

osoby uczące się, studenci studiów stacjonarnych, emeryci, renciści oraz osoby, które nie pracują i nie są bezrobotne

w tym:

☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu

☐ osoba ucząca się/odbywająca kształcenie

☐ inne

☐ **OSOBA PRACUJĄCA**

w tym:

☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek

☐ osoba pracująca w administracji rządowej

- ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)
- ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej
- ☐ osoba pracująca w MMŚP
- ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
- ☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
- ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
- ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
- ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
- ☐ osoba pracująca na uczelni
- ☐ osoba pracująca w instytucie naukowym
- ☐ osoba pracująca w instytucie badawczym
- ☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach sieci badawczej Łukasiewicz
- ☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
- ☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
- ☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
- ☐ inne (jakie?)

DODATKOWE KRYTERIA ROZPATRYWANE NA ETAPIE REKRUTACJI (PUNKTY DODATKOWE) 10 PUNKTÓW ZA KAŻDE Z KRYTERIÓW

Osoba z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym lub znacznym (wymagane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważny dokument)

- ☐ TAK ☐ NIE

Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną

(wymagane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważny dokument)

- ☐ TAK ☐ NIE

Osoba z chorobami psychicznymi

(wymagane zaświadczenie lekarskie lub równoważny dokument)

- ☐ TAK ☐ NIE

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną (wymagane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważny dokument)

- ☐ TAK ☐ NIE

Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)

(wymagany dokument potwierdzający powyższe)

- ☐ TAK ☐ NIE

Osoba zamieszkująca samotnie

- ☐ TAK ☐ NIE

Osoba korzystająca z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 (wymagane zaświadczenie z OPS)

- ☐ TAK ☐ NIE

1. Czy osoba posiada orzeczenie o niepełnosprawności / stopniu niesamodzielności?

- ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, jaki stopień:

2. Choroby przewlekłe / problemy zdrowotne (np. demencja, cukrzyca, ograniczenia ruchowe):

.....
.....

3. Czy osoba wymaga pomocy w codziennych czynnościach (np. higiena, posiłki, poruszanie się)?

- ☐ Tak ☐ Częściowo ☐ Nie

4. Czy osoba mieszka samotnie?

☐ Tak ☐ Nie Jeśli nie – z kim:

SZCZEGÓLNE POTRZEBY UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI

Czy w związku z udziałem w projekcie posiada Pan/Pani szczególne potrzeby związane z niepełnosprawnością, stanem zdrowia lub innymi ograniczeniami, których uwzględnienie jest niezbędne do zapewnienia dostępności wsparcia?

☐ NIE

☐ TAK

Jeżeli TAK, proszę wskazać potrzeby:

- ☐ dostępność architektoniczna / ograniczenia w poruszaniu się
- ☐ pomoc osoby towarzyszącej / opiekuna
- ☐ potrzeby związane ze wzrokiem
- ☐ potrzeby związane ze słuchem
- ☐ potrzeby związane z komunikowaniem się lub rozumieniem informacji
- ☐ materiały w formie dostosowanej do potrzeb uczestnika
- ☐ inne:

C. INFORMACJE DODATKOWE

1. Skąd osoba dowiedziała się o projekcie?

☐ Internet ☐ Urząd Gminy ☐ GOPS ☐ Rodzina ☐ Inne

2. Czy uczestnik korzysta z innej formy wsparcia dziennego (np. klub seniora, DDP)?

☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, jakiej:

3. Zgoda na uczestnictwo:

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, akceptuję jego postanowienia oraz wyrażam chęć udziału w projekcie.

4. Ja niżej podpisany/a, pouczone/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu.

Data: Podpis uczestnika / opiekuna prawnego:

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Deinstytucjonalizacja usług opiekuńczych w Domu Seniora Górski Zakątek, nowe miejsca opieki dziennej oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w domu”

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że:

1. wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „Deinstytucjonalizacja usług opiekuńczych w Domu Seniora Górski Zakątek, nowe miejsca opieki dziennej oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w domu”, realizowanym przez Elżbietę Szukis (Beneficjent), w ramach projektu współfinansowanego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021 -2027 nr projektu FESL.07.04-IZ.01-05CC/23,
2. zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i poszczególnych formach wsparcia, akceptuję jego warunki i spełniam kryteria kwalifikacyjne uprawniające do udziału w projekcie, określone w Regulaminie,
3. zamieszkuję lub pracuję na terenie gm. Wilkowice lub na terytorium woj. Śląskiego,
4. posiadam zaświadczenie lekarskie i/lub badanie skalą Barthel i/lub orzeczenie o niepełnosprawności potwierdzające status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
5. zobowiązuję się w trakcie realizacji projektu lub / i po jego zakończeniu do udziału w badaniu ewaluacyjnym, polegającym na udzieleniu odpowiedzi na pytania dotyczące rezultatów projektu,
6. podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą i znana jest mi treść art. 233 § 1 kodeksu karnego o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy,
7. mam prawo do dostępu do treści swoich danych i możliwości ich poprawienia, w sytuacji, kiedy zajdzie taka konieczność,
8. zobowiązuję się do poinformowania o mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie w okresie do 4 tygodni od zakończenia w nim udziału,
9. w czasie uczestnictwa w projekcie „Deinstytucjonalizacja usług opiekuńczych w Domu Seniora Górski Zakątek, nowe miejsca opieki dziennej oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w domu” nie będę brać udziału w żadnym projekcie realizowanym ze środków z Funduszy Europejskich dla Województwa Śląskiego 2021-2027 oraz nie będę korzystać w tym czasie z innych sposobów wsparcia o podobnym charakterze jak wyżej wymieniony projekt, jeśli jednak zdecyduje się na udział w innym projekcie, zobowiązuje się do natychmiastowego poinformowania o tym fakcie Beneficjenta.
10. zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych w projekcie przez Zarząd Województwa Śląskiego pełniący rolę Instytucji Zarządzającej programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027,
11. zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych przez Beneficjenta Projektu.

Czytelny podpis uczestnika projektu:

Data: