



Załącznik nr 1 do regulaminu rekrutacji i udziału
w projekcie w zakresie usług opiekuńczych, usług dodatkowych
oraz szkoleń dla opiekunów nieformalnych (faktycznych)

Data wpływu	
Zgłoszenie nr	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
USŁUGI OPIEKUŃCZE, USŁUGI DODATKOWE I SZKOLENIA
DLA OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH**

do udziału w projekcie „Codzienne funkcjonowanie to nie wyzwanie! Deinstytucjonalizacja usług społecznych, zdrowotnych i pieczy zastępczej w gminie Puck i powiecie puckim”

Część A Wypełnia kandydat na uczestnika projektu	
I. WNIOSKUJĘ O OBJĘCIE WSPARCIEM W POSTACI:	
<input type="checkbox"/> usług opiekuńczych w Dziennym Domu Pobytu (DDP) w Celbowie - jako nowy uczestnik, który nie korzysta/nie korzystał z usług społecznych w DDP w Celbowie - zgodnie z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie w zakresie usług opiekuńczych, usług dodatkowych oraz szkoleń dla opiekunów nieformalnych (faktycznych)	
<input type="checkbox"/> usług dodatkowych w Dziennym Domu Pobytu (DDP) w Celbowie - jako uczestnik aktualnie korzystający z usług społecznych w DDP na podstawie wydanej decyzji - zgodnie z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie w zakresie usług opiekuńczych, usług dodatkowych oraz szkoleń dla opiekunów nieformalnych (faktycznych)	
<input type="checkbox"/> usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania - zgodnie z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie w zakresie usług opiekuńczych, usług dodatkowych oraz szkoleń dla opiekunów nieformalnych (faktycznych)	
<input type="checkbox"/> usług opiekuńczych w formie usług sąsiedzkich - zgodnie z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie w zakresie usług opiekuńczych, usług dodatkowych oraz szkoleń dla opiekunów nieformalnych (faktycznych)	
<input type="checkbox"/> szkolenia dla opiekunów nieformalnych (faktycznych) osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu - zgodnie z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie w zakresie usług opiekuńczych, usług dodatkowych oraz szkoleń dla opiekunów nieformalnych (faktycznych)	
II. DANE PODSTAWOWE	
nazwisko	
imię	
płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
PESEL / inny identyfikator	
obywatelstwo	

data urodzenia		
telefon kontaktowy		
adres e-mail		
adres zamieszkania	ulica	
	numer domu/lokalu	
	miejsowość	
	kod pocztowy	
	powiat	
gmina		
adres do korespondencji <i>(jeśli inny niż adres zamieszkania)</i>		
III. WYKSZTAŁCENIE		
<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe		
<input type="checkbox"/> podstawowe		
<input type="checkbox"/> gimnazjalne		
<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne		
<input type="checkbox"/> wyższe		
IV. STATUS i SYTUACJA KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU, PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ		
STATUS NA RYNKU PRACY*	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna	
	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna	
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA ZGODNIE Z KODEKSEM CYWILNYM*	<input type="checkbox"/> na terenie gminy Puck	
	<input type="checkbox"/> na terenie powiatu puckiego	
JESTEM OSOBĄ DOTKNIĘTĄ / ZAGROŻONĄ UBÓSTWEM I WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM¹	<input type="checkbox"/> TAK*	
	<input type="checkbox"/> NIE	
<u>Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś twierdząco, proszę zaznaczyć minimum jedną spośród wskazanych poniżej przesłanek zagrożenia/wykluczenia społecznego:</u>		
<input type="checkbox"/> 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;		

¹ zgodnie z FEP 2021-2027 wsparcie w ramach Działania 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne udzielane jest osobom dotkniętym/zagrożonym ubóstwem i wykluczeniem społecznym oraz ich rodzinom w szczególności: osobom wymagającym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i ich opiekunom, dzieciom umieszczonym w pieczy zastępczej; osobom chorującym przewlekle, osobom starszym, osobom z niepełnosprawnościami, osobom z ograniczoną sprawnością, w tym osobom z niepełnosprawnościami, osobom z problemami zdrowia psychicznego i ich otoczeniu.

- 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 2018 r. poz. 969);
- 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 2019 r. poz. 1481, 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 tj. 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/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane);
 - z niezabezpieczonym zakwaterowaniem (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą);
 - z nieodpowiednimi warunkami mieszkaniowymi (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania według standardu krajowego, skrajne przeludnienie). Osoby dorosłe mieszkające z rodzicami nie powinny być wykazywane we wskaźniku, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach;
- osoby odbywające kary pozbawienia wolności;
- osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.

JESTEM OSOBĄ POTRZEBUJĄCĄ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU²

TAK*

NIE

w przypadku zaznaczenia twierdzącej odpowiedzi należy podać przyczynę potrzeby wsparcia:

.....

² tj. osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego takiej jak: kąpanie się, ubieranie się i rozbieranie, korzystanie z toalety, wstawanie z łóżka, przemieszczanie się na fotel, samodzielne jedzenie, kontrolowanie potrzeb fizjologicznych (wydalanie moczu i stolca)

JESTEM OPIEKUNEM NIEFORMALNYM (FAKTYCZNYM) OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU³	<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE
JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
POSIADAM ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W STOPNIU⁴	<input type="checkbox"/> lekkim lub równoważnym <input type="checkbox"/> umiarkowanym lub równoważnym <input type="checkbox"/> znacznym lub równoważnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy
JESTEM OSOBĄ PROWADZĄCĄ 1 OSOBOWE GOSPODARSTWO⁵	<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE
JESTEM OSOBĄ O DOCHODZIE PONIŻEJ MINIMUM SOCJALNEGO⁶	<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE
JESTEM OSOBĄ OBCEGO POCHODZENIA⁷	<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
JESTEM OBYWATELEM PAŃSTWA TRZECIEGO (kraj spoza UE) ⁸	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
JESTEM OSOBĄ NALEŻĄCĄ DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ I ETNICZNEJ (W TYM SPOŁECZNOŚCI	<input type="checkbox"/> TAK

³ tj. osoba opiekująca się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niebędąca opiekunem formalnym (zawodowym) i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki (nie dotyczy rodziców zastępczych), najczęściej członek rodziny, osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą, osoba bliska, wolontariusz.

⁴ W przypadku zaznaczenia stopnia niepełnosprawności należy dołączyć do formularza dokumenty, o których mowa w Regulaminie rekrutacji i udziału w projekcie w zakresie usług opiekuńczych, usług dodatkowych oraz szkoleń dla opiekunów nieformalnych (faktycznych).

⁵ tj. osoba samotnie gospodarująca zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

⁶ należy przyjąć kryterium dochodowe zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (na osobę samotnie gospodarującą - 1010 zł lub na osobę w rodzinie – 823 zł).

⁷ Osoba obcego pochodzenia to cudzoziemiec - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.

⁸ Osoba, która jest obywatelem kraju spoza UE lub bezpaństwowcem zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r. i osoby bez ustalonego obywatelstwa

MARGINALIZOWANEJ TAKICH JAK ROMOWIE)⁹	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
---	--

Czy ma Pani/Pan specjalne potrzeby (wynikające np. ze stanu zdrowia, barier, dysfunkcji, wieku itp.) związane z uczestnictwem w projekcie, jeśli tak to jakie?

TAK

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

NIE

V. OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE

Oświadczam, że

1. jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie dane zawarte z formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą;
2. zostałem/am poinformowany, że projekt „*Codziennie funkcjonowanie to nie wyzwanie! Deinstytucjonalizacja usług społecznych, zdrowotnych i pieczy zastępczej w gminie Puck i powiecie puckim*” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027);
3. zapoznałem/am się z regulaminem projektu oraz regulaminem rekrutacji i udziału w zakresie usług opiekuńczych, usług dodatkowych oraz szkoleń dla opiekunów nieformalnych (faktycznych) w projekcie „*Codziennie funkcjonowanie to nie wyzwanie! Deinstytucjonalizacja usług społecznych, zdrowotnych i pieczy zastępczej w gminie Puck i powiecie puckim*” i akceptuję zapisy w nich zawarte;
4. spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie wskazane w regulaminie rekrutacji i udziału w projekcie w zakresie usług opiekuńczych, usług dodatkowych oraz szkoleń dla opiekunów nieformalnych (faktycznych);
5. nie uczestniczę w tym samym czasie w innym projekcie finansowanym ze środków publicznych, oferującym tożsame formy wsparcia;
6. zapoznałem/zapoznałam się z informacjami wynikającymi z art. 13 i art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 94/46/WE.

Miejscowość i data:

.....

Czytelny podpis:

.....

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ, DZIECKA LUB OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ (JEŚLI DOTYCZY)

⁹Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska

imię i nazwisko	
adres zamieszkania	
nr telefonu	
adres e-mail	

* W przypadku zaznaczenia TAK, należy dołączyć do formularza dokumenty, o których mowa w Regulaminie rekrutacji i udziału w projekcie w zakresie usług opiekuńczych, usług dodatkowych oraz szkoleń dla opiekunów nieformalnych.

Część B OCENA ZGŁOSZENIA (wypełnia pracownik socjalny)		
SPEŁNIA KRYTERIA FORMALNE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Osoba dotknięta/zagrożona ubóstwem i wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Miejsce zamieszkania: gmina Puck / powiat pucki	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Wiek 60+	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Kryteria dodatkowe - Usługi opiekuńcze w Dziennym Domu Pobytu (DDP) w Celbowie		liczba pkt
Osoba niepełnosprawna (3 pkt)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Prowadzenie gospodarstwa 1 osobowego (2 pkt)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Dochód poniżej minimum socjalnego (1 pkt)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Kryteria dodatkowe - Usługi opiekuńcze w gminie Puck		
Osoba niepełnosprawna (3 pkt)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Prowadzenie gospodarstwa 1 osobowego (2 pkt)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Dochód poniżej minimum socjalnego (1 pkt)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Kryteria dodatkowe - Szkolenia dla opiekunów nieformalnych		
Miejsce zamieszkania na terenie gminy Puck (3 pkt)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Dochód poniżej minimum socjalnego (1 pkt)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
RAZEM LICZBA PRYZNANYCH PUNKTÓW		
Sprawdzono dnia		
Podpis pracownika socjalnego		