

Załącznik nr 1

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY dla uczestników wsparcia dziennego w projekcie „DOM SENIORA W PAŁEczNICy”

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020,
oś Priorytetowa 9. Region spójny społecznie, Działanie 9.2, Poddziałanie 9.2.3, z Europejskiego Funduszu Społecznego
Nr projektu: RPMP.09.02.03-12-0480/17

DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE			
Imię (imiona) i nazwisko			
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo		Płeć	
PESEL		Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
ADRES ZAMIESZKANIA¹			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	

¹Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

Województwo		obszar miejski/wiejski	
Telefon			
Adres email			
Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności	Tak <input type="checkbox"/>	Symbol i stopień niepełnosprawności	
	Nie <input type="checkbox"/>		
INFORMACJE DODATKOWE O KANDYDACIE			
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	<ul style="list-style-type: none"> • osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji • migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji • osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji • osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji • osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji 		
Wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (liceum//technikum/zasadnicza szkoła zawodowa) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (gimnazjum) <input type="checkbox"/> Podstawowe (szkoła podstawowa) <input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (nie ukończona szkoła podstawowa)		



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Rzeczpospolita
Polska



MAŁOPOLSKA

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Kryteria rekrutacji - oświadczenie uczestnika	Niewłaściwe skreślić
Kryteria formalne/ obligatoryjne – weryfikacja na podstawie okazanych dokumentów podczas rekrutacji	
1. zamieszkiwanie na terenie powiatu proszowickiego	TAK/NIE
2. wiek powyżej 60 roku życia	TAK/NIE
3. niesamodzielność ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność, wymaganie opieki lub wsparcia w związku z niemożnością wykonywania co najmniej z podstawowych czynności dnia codziennego	TAK/NIE
4. możliwość korzystania z usług usprawniająca – aktywizujących placówki potwierdzona zaświadczeniem lekarskim	TAK/NIE

Imie i nazwisko kandydata	
Kryteria dodatkowe/ preferencyjne	
Oświadczam, iż spełniam poniżej zaznaczone warunki:	Niewłaściwe skreślić
1. Oświadczam, iż doświadczam zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczając wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenia z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym wskazanych w z ust. o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r., tj. spełniam jedno z poniżej wskazanych warunków (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe):	
a) osoby lub rodziny korzystającej 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	TAK/NIE
b) osoby, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;	TAK/NIE
c) osoby przebywającej w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;	TAK/NIE
d) 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 2014 r. poz. 382);	TAK/NIE
e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.);	TAK/NIE
f) osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne 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 osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375);	TAK/NIE
g) rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej je den z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;	TAK/NIE

h) osoby zakwalifikowanej do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.);	TAK/NIE
i) osoby niesamodzielne	TAK/NIE
j) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;	TAK/NIE
2. znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności potwierdzony zaświadczeniem	TAK/NIE
3. osoby korzystające z PO PŻ 2014-2020	TAK/NIE
4. zamieszkiwanie na terenach powiatu proszowickiego objętych rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie rewitalizacji PO na lata 2014-2020	TAK/NIE
5. trudności występujące w codziennym życiu związane z obniżeniem sprawności psychofiz. Ograniczenie możliwości podejmowania działań związanych z codziennym funkcjonowaniem i konieczność pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych (np./przygotowywanie posiłków, dbałość o higienę, prowadzenie gospodarstwa domowego/zakupy/załatwianie spraw urzędowych/zdrowotnych/.	TAK/NIE
6. osoba mieszkająca samotnie/ samotnie gospodarująca	TAK/NIE
7. poczucie osamotnienia związane z utratą osób bliskich lub rozluźnieniem więzi rodzinnych, patologii życia rodzinnego, konfliktów, oddalenia w przestrzeni geograficznej lub społecznej.	TAK/NIE
8. występowanie innych niekorzystnych stanów emocjonalnych, frustracja, depresja, brak poczucia przydatności społecznej, brak poczucia perspektyw, lęk przed przyszłością, wynikające z braku akceptacji swojej trudnej sytuacji materialnej, rodzinnej, mieszkaniowej, zdrowotnej.	TAK/NIE
9. trudności w organizowaniu czasu wolnego (brak umiejętności w tym zakresie lub brak możliwości jego wykorzystania)	TAK/NIE
10. wycofanie się ze spraw innych ludzi i ograniczenie różnych życiowych planów co do własnej osoby.	TAK/NIE
11. występowanie różnicy pomiędzy miesięcznym dochodem kandydata a jej stałymi miesięcznymi wydatkami (tj. czynsz, media, udokumentowane wydatki leczenia), która jest niższa od kryterium dochodowego ustawy o pomocy społecznej zgodnie z ust. o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r.	TAK/NIE

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować **DOM SENIORA W PAŁEczNICy** w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis kandydata/opiekuna prawnego

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem projektu

DOM SENIORA W PAŁEczNICy nr RPMP.09.02.03-12-0480/17

oraz akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis kandydata/opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby projektu zgodnie z Rozporządzeniem 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 tych danych oraz uchwalenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne Rozporządzenie o ochronie danych)

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis kandydata/opiekuna prawnego