Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Realizacja usług klubu seniora, opieki środowiskowej i usług asystenckich dla osób starszych i niepełnosprawnych z terenu

Miasta Katowice i Sosnowiec.”

**Formularz zgłoszeniowy do projektu**

 **Realizacja usług klubu seniora, opieki środowiskowej i usług asystenckich dla osób starszych
i niepełnosprawnych z terenu Miasta Katowice i Sosnowiec.**

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób.

|  |  |
| --- | --- |
| **WYBÓR FORMY WSPARCIA:** | [ ] KLUB SENIORA [ ] OPIEKA ŚRODOWISKOWA, OSOBA ZALEŻNA ORAZ OPIEKUN FAKTYCZNY (każda osoba składa odrębny formularz zgłoszeniowy)[ ] ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ  |
| **DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| Nazwisko |   |
| Imię (Imiona) |   |
| Płeć (K/M) |   |
| Data urodzenia |   |
| Wiek  |  |
| Miejsce urodzenia(miejscowość, województwo) |  |
| PESEL lub inny identyfikator gdy brak PESEL |  |
| **DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA** |
| Województwo |   |
| Kod pocztowy |   |
| Miejscowość |  |
| Obszar | [ ]  Obszar miejski [ ]  Obszar wiejskiObszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA). |
| Powiat |  |
| Ulica |   |
| Numer domu |   |
| Numer lokalu |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |   |
| **POZOSTAŁE INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA (Proszę zaznaczyć właściwe przez wstawienie znak X)** |
| Obywatelstwo | [ ] Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE[ ] Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec[ ] Obywatelstwo polskie |
| Wykształcenie | [ ] Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2)[ ] Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)[ ] Wyższe (ISCED 5–8) |
| Osoba obcego pochodzenia  | [ ] Nie[ ] Tak |
| Osoba państwa trzeciego  | [ ] Nie[ ] Tak |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)  | [ ] Nie[ ] Odmowa podania informacji[ ] Tak |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | [ ] Nie[ ] Tak |
| Osoba z niepełnosprawnościami | [ ] Nie[ ] Odmowa podania informacji[ ] Tak |
| Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu  | **[ ] 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 bierna zawodowo, w tym:**[ ] osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu[ ] osoba ucząca się/odbywająca kształcenie[ ] inne**[ ] Osoba bezrobotna, w tym:**[ ] osoba długotrwale bezrobotna[ ] inne |
| Czy jesteś osobą:  | [ ] TAK [ ] NIE o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności *(wymagana potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia uzyskanego orzeczenia o niepełnosprawności)* [ ] TAK [ ] NIE z niepełnosprawnością sprzężoną *(wymagana potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia uzyskanego orzeczenia o niepełnosprawności)* [ ] TAK [ ] NIE z chorobami psychicznymi *(wymagana potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia uzyskanego orzeczenia o niepełnosprawności i/lub stosownego zaświadczenia lekarskiego o stwierdzonych zaburzeniach psychicznych)* [ ] TAK [ ] NIE z niepełnosprawnością intelektualną *(wymagana potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia uzyskanego orzeczenia o niepełnosprawności)* [ ] TAK [ ] NIE z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10); *(w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10, wymagana potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia zdiagnozowanych całościowych zaburzeń rozwojowych)* [ ] TAK [ ] NIE korzystającą z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027; [ ] TAK [ ] NIE zamieszkujące samotnie; [ ] TAK [ ] NIE w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożone bezdomnością (w zakresie wsparcia mieszkaniowego); [ ] TAK [ ] NIE dzieci wychowujące się poza rodziną biologiczną. |
| **Opis indywidualnych potrzeb komunikacyjnych (przemieszczanie się)** |
| **[ ] nie dotyczy [ ] … *proszę wpisać:*** |
| **Opis indywidualnych potrzeb, potencjału i osobistych preferencji w zakresie usług wsparcia oferowanych w projekcie** |
| **[ ] nie dotyczy [ ] …*proszę wpisać:*** |
| **OPIEKA ŚRODOWISKOWA - OPIEKA DOMOWA** | **TAK** | **NIE** |
| Czy istnieje potencjał stworzenia bezpiecznego środowiska opieki domowej (wsparcie rekomendowane w pierwszej fazie intensyfikacji opieki domowej)? |  |  |
| Zgłoszenie OPIEKUNA FAKTYCZNEGO osoby korzystającej z opieki środowiskowej (Jeżeli TAK -to jest ostatni punkt formularza, który wypełniasz – przejdź do sekcji oświadczeń) |  |  |
| **Kryteria premiujące:** | **TAK** | **NIE** |
| 1. [ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ] Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, lub z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną, lub osobą z zaburzeniami psychicznymi i w okresie udziału w projekcie nie będę korzystał z innej formy wsparcia.

*(wymagana potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia uzyskanego orzeczenia o niepełnosprawności)*  |  |  |
| 1. [KLUB SENIORA, OPIEKA ŚRODOWISKOWA] Jestem osobą mieszkającą samotnie.
 |  |  |
| 1. [KLUB SENIORA, OPIEKA ŚRODOWISKOWA] Deklaruję równoczesny udział w projekcie z moim małżonkiem/ partnerem:imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………………..……….
 |  |  |
| 1. [KLUB SENIORA] Ocena w skali Barthel 65-85 pkt.
 |  |  |
| 1. [OPIEKA ŚRODOWISKOWA] Ocena w skali Barthel do 65 pkt.
 |  |  |
| 1. [ASYSTENT OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ] Ocena w skali FIM 74-30 pkt.
 |  |  |
| **Kryteria niezbędne do ustalenia odpłatności za udział w projekcie:** | **TAK** | **NIE** |
| Jestem osobą mieszkającą samotnie. |  |  |
| Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności. |  |  |
| Mój miesięczny dochód nie przekracza 200% minimalnej emerytury. *(wymagana potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia dokumentu potwierdzającego dochód)*  |  |  |

**OŚWIADCZENIE**

**Ja niżej podpisany/a** ............................................................................................................................
 (imię i nazwisko)

**pouczony i świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:**

1. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie określone w §3 Regulaminu uczestnictwa w projekcie „Realizacja usług klubu seniora, opieki środowiskowej i usług asystenckich dla osób starszych i niepełnosprawnych z terenu Miasta Katowice i Sosnowiec.”
2. Oświadczam, że zapoznałam/ em się z regulaminem uczestnictwa w projekcie, zobowiązuję się do jego przestrzegania oraz zobowiązuję się do systematycznego udziału w formach wsparcia, do których zostałam/ em zakwalifikowana/y.
3. Oświadczam, że zakres wsparcia w projekcie nie powiela wparcia otrzymywanego przeze mnie z innych źródeł.
4. Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.
5. Oświadczam, iż jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania z art. 233 §1 kodeksu karnego (Dz. U. z 2022,poz. 1138 ze zm) oraz, że podane informacje w wszelkich formularzach niezbędnych do udziału w projekcie są zgodne ze stanem faktycznym.
6. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że projekt jest dofinansowany przez Unię Europejską w ramach Funduszu Europejskiego dla Śląskiego 2021-2027 (Europejski Fundusz Społeczny+).
7. Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych przez Administratora danych osobowych - Zarząd Województwa Śląskiego pełniącego rolę Instytucji Zarządzającej programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (IZ FE SL).
8. Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych przez Administratora danych osobowych – EMC Silesia sp. z o.o.
9. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).
10. Dotyczy wyłącznie OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH – Oświadczam, że pozostanę w gotowości do świadczenia usług opiekuńczych w społeczności lokalnej dzięki wsparciu w projekcie oraz zobowiązuję się do udziału w badaniu monitorowania stopnia realizacji do gotowości świadczenia usług opiekuńczych w społeczności lokalnej 4 tygodni od zakończenia projektu.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………. | ……………………………………………………………. |
| *(data)* | *(czytelny podpis)* |