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 wiejski  Obszar 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)* |