



Załącznik nr 1b do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Pełna moc - placówka opieki i aktywizacji osób niesamodzielnych”

Data wpływu do Organizatora:

Dodatkowe punkty.....

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – OPIEKUN NIEFORMALNY

1. Dane kandydata - opiekun nieformalny

IMIĘ:	
NAZWISKO:	
PESEL:	
PLEĆ (K/M):	
DATA URODZENIA	
MIEJSCE URODZENIA	
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:	
WYKSZTAŁCENIE:	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
DANE KONTAKTOWE:	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	
Obszar (uzupełnia pracownik projektu)	
DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI ZAWODOWEJ	
<p>Prosimy o zaznaczenie jednej odpowiedzi: (z ewentualnym zaznaczeniem długotrwałej bezrobotności w przypadku osób bezrobotnych bądź osoby uczącej się lub kształcącej):</p>	



Osoba pracująca:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej |
| <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMSp |
| <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek | <input type="checkbox"/> inne |
| <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | |

Zatrudniona/y w:

Wykonywany zawód (jeśli dotyczy):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu | <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego |
| <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego | <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego |
| <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy | <input type="checkbox"/> rolnik |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia | <input type="checkbox"/> inny |
| <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej | |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej | |
| <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej | |

Jestem bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Urzędzie Pracy), w tym:

- długotrwale bezrobotna/y (nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)*

Jestem bezrobotna/y (niezarejestrowana/y w Urzędzie Pracy), w tym:

- długotrwale bezrobotna/y (nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)*

Jestem bierna/y zawodowo, w tym:

- osoba uczącą się lub kształcąca

Za osoby bierne zawodowo mogą zostać uznane:

- Studenci studiów stacjonarnych są uznawani za osoby bierne zawodowo.
- Studenci studiów niestacjonarnych są uznawani za osoby bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane jako osoby bezrobotne.
- Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, **który nie mieści się** w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne.
- Osoby w wieku emerytalnym.
- Osoby posiadające uprawnienia rentowe.

DANE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

- Nie Tak Odmawiam podania danych*

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

- Nie Tak



Osoba niepełnosprawna (posiadająca stwierdzony stopień niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych*
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych*

* Uczestnik projektu ma prawo odmowy podania danych wrażliwych. W takiej sytuacji należy zaznaczyć w formularzu odpowiedź „odmawiam podania danych”, co stanowi potwierdzenie, że podjęto działania w celu zebrania przedmiotowych danych.

Uwaga: odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w odniesieniu do cechy, która stanowi przesłankę przyznania wsparcia (np. niepełnosprawność uczestnika), skutkuje brakiem możliwości weryfikacji jego kwalifikowalności oraz **prowadzi do niezakwalifikowania go do udziału w projekcie.**

2. Kryteria udziału w projekcie

a) Kryteria dostępu

Niniejszym oświadczam, że:		
jestem opiekunem osoby niesamodzielnej ¹ - tj. osobą pełnoletnią opiekującą się osobą niesamodzielną ² , niebędącą opiekunem zawodowym i niepobierającą wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną (najczęściej członek rodziny).	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
moje miejsce zamieszkania znajduje się na terenie Miasta i Gminy Piwniczna-Zdrój lub Gminy Krynica-Zdrój	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
miejsce zamieszkania mojego podopiecznego (osoby niesamodzielnej) znajduje się na terenie Miasta i Gminy Piwniczna-Zdrój lub Gminy Krynica-Zdrój	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

b) Kryteria premiujące (należy zaznaczyć właściwe pola)

Niniejszym oświadczam, że przysługują mi preferencje w dostępie do oferowanych usług z uwagi na spełnianie następujących kryteriów premiujących:		
Kryterium 1 preferencje otrzymują osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z poniższych przestank:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	należy wskazać, które kryterium jest spełnione	
1. osoby 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 przestank określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/>	
2. osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym	<input type="checkbox"/>	
3. 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	<input type="checkbox"/>	

¹ 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.



4. 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	<input type="checkbox"/>
5. osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty	<input type="checkbox"/>
6. 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	<input type="checkbox"/>
7. członkowie rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/>
8. osoby, dla których ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.)	<input type="checkbox"/>
9. osoby niesamodzielne	<input type="checkbox"/>
10. osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014- 2020	<input type="checkbox"/>
11. osoby korzystające z PO PŻ	<input type="checkbox"/>
Kryterium 2 preferencje otrzymują osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Kryterium 3 preferencje otrzymują osoby z <u>niepełnosprawnością sprzężoną</u> oraz osoby z <u>zaburzeniami psychicznymi</u> , w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Kryterium 4 preferencje otrzymują osoby z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, których dochód nie przekracza <u>150% właściwego kryterium dochodowego</u> (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej - w przypadku usług asystenckich i opiekuńczych	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Kryterium 5 preferencje otrzymują osoby korzystające z <u>Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014- 2020</u> (zakres wsparcia dla tych osób nie może powielać działań, które dana osoba otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ),	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Kryterium 6 preferencje otrzymują osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z <u>rewitalizacją obszarów zdegradowanych</u> , o której mowa w Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

Spełnianie kryteriów preferencyjnych należy potwierdzić, dołączając do formularza zgłoszeniowego określone dokumenty źródłowe. W przypadku nieprzedłożenia dokumentów potwierdzających spełnianie kryteriów preferencyjnych oraz w sytuacji braku potwierdzenia okoliczności zawartych w zaświadczeniu – nie uwzględnia się danego kryterium.

3. Dane podopiecznego - osoby niesamodzielnej

IMIĘ:	
NAZWISKO:	



Oświadczenia:

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Pełna moc - placówka opieki i aktywizacji osób niesamodzielnych” oświadczam, że:

1. dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Beneficjenta w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. Zostałem pouczoney o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
2. zapoznałam/em się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* pn. „Pełna moc - placówka opieki i aktywizacji osób niesamodzielnych”, akceptuję jego treść i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nim zawartych;
3. spełniam wszystkie kryteria dostępu (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie;
4. wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis