

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – MOBILNA OPIEKA DOMOWA**  
**do projektu „Mobilne Usługi oraz Klub Seniora w Gminie Przeworsk”**  
**realizowanego przez Fundację im. Braci Soluńskich- Cyryla i Metodego**  
**w ramach Działania 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych RPO**  
**WP na lata 2014-2020**

Informacje wypełniane przez osobę przyjmującą formularz:	
Data i podpis osoby przyjmującej formularz	
Numer formularza:	<b>MUoKS<sub>w</sub>GP/OS/OPWWCF/...../P/2023</b> Mobilne Usługi oraz Klub Seniora w Gminie Przeworsk / osoba starsza/osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu / kolejny numer/ Gmina tj. P – Przeworsk / rok

**CZĘŚĆ I – DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA) –**  
**OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

1. Nazwisko i imię												
2. Data i miejsce urodzenia	(dd/mm/rrrr)						(miejsce urodzenia)					
3. Pesel												
4. Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta					<input type="checkbox"/> mężczyzna						
5. Adres zamieszkania												
Ulica/Miejscowość, nr domu/nr lokalu												
Kod pocztowy i Miejscowość / Obszar										<input type="checkbox"/> teren wiejski		<input type="checkbox"/> teren miejski
Gmina/ Powiat / Województwo	<input type="checkbox"/> Przeworsk			<input type="checkbox"/> Przeworski			<input type="checkbox"/> Podkarpackie					
	<input type="checkbox"/> .....			<input type="checkbox"/> .....			<input type="checkbox"/> .....					
6. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania)												
7. Telefon stacjonarny / kontaktowy												
8. Adres e-mail												
9. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia lub zasadnicza) <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe											

## CZĘŚĆ II – INFORMACJE O STATUSIE KANDYDATA NA DZIEŃ ZŁOŻENIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO

### 1. Spełnianie kryterium formalnego *(proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)*

- Oświadczam, że jestem osobą, która potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
- Oświadczam, że nie mam możliwości samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego tj:

- .....

- .....

- Oświadczam, że nie otrzymałem/łam dotychczas wsparcia instytucjonalnego w postaci usług opiekuńczych lub otrzymałem/łam je w innym zakresie niż te, o które ubiegam się w ramach Projektu

**Do Formularza Rekrutacyjnego dołączam/zobowiązuje się dołączyć następujące załączniki potwierdzające spełnienie przeze mnie kryteriów formalnych:**

- Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu/ niekorzystaniu ze świadczeń opiekuńczych i/lub specjalistycznych (W przypadku korzystania z w/w świadczeń należy na zaświadczeniu określić rodzaj wsparcia).

Zobowiązuje się dołączyć do dnia .....

- Oświadczenie, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w województwie podkarpackim, powiecie przeworskim na terenie gminy Przeworsk

- Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza POZ stwierdzające, iż potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Zobowiązuje się dołączyć do dnia .....

### 2. Spełnienie kryterium premiującego *(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)*

- Oświadczam, że doświadczam wielokrotnego wykluczenia (zgodnie z wypełnionym załącznikiem)

- Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną w tym osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą niepełnosprawną z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi

- Oświadczam, że jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (należy załączyć kserokopię Orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)

- Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą

- Oświadczam, że korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa

- Oświadczam, że jestem osobą, której dochód łączny na gospodarstwo domowe wynosi ..... zł.

Liczba osób w gospodarstwie domowym .....

### CZĘŚĆ III – DANE UZUPEŁNIAJĄCE – ZGODNIE Z ZAKRESEM DANYCH PRZETWARZANYCH W SYSTEMIE SL2014

#### STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba długotrwale bezrobotna ( <i>Młodzież (&lt;25 lat) przez okres ponad 6 miesięcy, Dorośli (25 lat lub więcej) przez okres ponad 12 miesięcy</i> )	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bierna zawodowo (Osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym:	<input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	
Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> w mikroprzedsiębiorstwie ( <i>do 9 pracowników</i> ) <input type="checkbox"/> w małym przedsiębiorstwie ( <i>od 10 do 49 pracowników</i> ) <input type="checkbox"/> w średnim przedsiębiorstwie ( <i>od 50 do 249 pracowników</i> ) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie ( <i>powyżej 250 pracowników</i> ) <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek	
Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> inny <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 instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik	
Prosimy o wskazanie miejsca zatrudnienia		

#### STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, 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	
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej tj.: (- Bezdomność i wykluczenie z dostępu do mieszkań oraz pochodzenie z obszarów wiejskich (wg stopnia urbanizacji DEGURBA 3) -osoba z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (brak wykształcenia lub niższe niż podstawowe) - byli więźniowie, narkomani itp.)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI



### CZĘŚĆ III – OŚWIADCZENIE

1. Wyrażam zgodę na udział w Projekcie „Mobilne Usługi oraz Klub Seniora w Gminie Przeworsk” realizowanym przez Fundację im. Braci Sołuńskich- Cyryla i Metodego 01.12.2022 r. – 31.12.2023 roku w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII Integracja Społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych.
2. Zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie.
3. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych w celu monitoringu oraz ewaluacji projektu zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. Dane te przechowywane będą przez Beneficjenta i udostępniane podmiotom trzecim dla zapewnienia prawidłowej realizacji projektu. W związku z powyższym mam świadomość o celu zbierania tych danych, prawie wglądu do swoich danych oraz możliwości ich poprawiania.
4. Wyrażam zgodę na publikację i rozpowszechnianie mojego wizerunku w mediach i materiałach promocyjnych dotyczących projektu „*Mobilne Usługi oraz Klub Seniora w Gminie Przeworsk*”.
5. Przyjmuję do wiadomości, że:
  - dane zawarte w niniejszym Formularzu mogą być weryfikowane przez Beneficjenta,
  - złożenie nieprawdziwego oświadczenia może być potraktowane jako próba wyłudzenia środków rzeczowych i może podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.
6. Niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Podpis Kandydata/Kandydatki*

## Ocena socjalno-środowiskowa

1. Sytuacja rodzinna:	<input type="checkbox"/> Osoba niepełnosprawna <input type="checkbox"/> Osoba samotna/samotnie gospodarująca <input type="checkbox"/> Osoba posiadająca rodzinę zamieszkałą w danej miejscowości lub okolicach <input type="checkbox"/> Osoba zamieszkująca z rodziną /inną osobą
2. Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego	
3. Jaka jest przyczyna niepełnosprawności / niesamodzielności	<input type="checkbox"/> Wada wrodzona <input type="checkbox"/> Wypadek, uraz <input type="checkbox"/> Przewlekła choroba <input type="checkbox"/> Inne, jakie?
4. Dokument potwierdzający niepełnosprawność / niesamodzielność	<input type="checkbox"/> Orzeczenie ZUS/KRUS <input type="checkbox"/> Na stałe <input type="checkbox"/> Terminowe do .... <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności znacznym/umiarkowanym/lekkim na stałe/terminowe do..... <input type="checkbox"/> Nieustalony stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza POZ stwierdzające, iż osoba wymaga pomocy innych osób
5. Aktywność indywidualna/poziom sprawności ruchowej i samoobsługi/oczekiwana pomoc	<input type="checkbox"/> Czynności pielęgnacyjne: <input type="checkbox"/> Odprowadzanie do toalety <input type="checkbox"/> Zakładanie i zmiana pieluchomajtek, zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń <input type="checkbox"/> Czynności żywieniowe: <input type="checkbox"/> Przygotowywanie posiłków (w tym jednego gorącego) lub produktów na pozostałą część dnia <input type="checkbox"/> Pomoc w przygotowaniu posiłków <input type="checkbox"/> Czynności gospodarcze: <input type="checkbox"/> Przynoszenie opału, Palenie w piecu <input type="checkbox"/> Sprzątanie: utrzymanie w czystości najbliższego otoczenia osoby, utrzymanie w bieżącej czystości sprzętu codziennego użytku, w tym urządzeń sanitarnych <input type="checkbox"/> Pranie odzieży, bielizny osobistej i pościelowej <input type="checkbox"/> Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby starszej, niepełnosprawnej (podać jakie?)..... <input type="checkbox"/> Czynności organizacyjne: <input type="checkbox"/> Zgłaszanie wizyt lekarskich i badań laboratoryjnych <input type="checkbox"/> Realizacja recept <input type="checkbox"/> Załatwianie spraw urzędowych lub towarzyszenie podczas wizyt w urzędach lub innych instytucjach i organizacjach <input type="checkbox"/> Pomoc w organizacji czasu wolnego <input type="checkbox"/> Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby starszej, niepełnosprawnej (jakie?) ..... <input type="checkbox"/> Zapewnienie kontaktów z otoczeniem: <input type="checkbox"/> Inicjowanie, ułatwianie kontaktu z rodziną i środowiskiem lokalnym <input type="checkbox"/> Organizacja wyjść z mieszkania <input type="checkbox"/> Pomoc w zaspokajaniu potrzeb duchowych, w tym religijnych <input type="checkbox"/> Pomoc w zaspokajaniu potrzeb kulturalno-sportowo-rekreacyjnych <input type="checkbox"/> Inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb osoby starszej, niepełnosprawnej
6. Aktualna sytuacja rodzinna i społeczna:	<input type="checkbox"/> Członkowie rodziny wspólnie zamieszkujący:





**Do Formularza dołączono następujące załączniki:**

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono
1.	Zaświadczenie dotyczące korzystania/niekorzystania ze świadczeń opiekuńczych i/lub specjalistycznych ( <i>obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka</i> )	<input type="checkbox"/>
2.	Oświadczenie o zamieszkaniu ( <i>obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka</i> )	<input type="checkbox"/>
3.	Zaświadczenie lekarskie ( <i>obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka</i> )	<input type="checkbox"/>
4.	Oświadczenie o doświadczaniu wielokrotnego wykluczenia ( <i>jeśli dotyczy</i> )	<input type="checkbox"/>
5.	Dokumenty potwierdzające spełnienie kryterium osoby z niepełnosprawnością sprzężną i osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi ( <i>jeśli dotyczy</i> )	<input type="checkbox"/>
6.	Orzeczenie o niepełnosprawności ( <i>jeśli dotyczy</i> )	<input type="checkbox"/>
7.	Oświadczenie o wielkości gospodarstwa domowego ( <i>jeśli dotyczy</i> )	<input type="checkbox"/>
8.	Oświadczenie dotyczące korzystania / niekorzystania z pomocy z PO PŻ ( <i>obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka</i> )	<input type="checkbox"/>
9.	Inne .....	<input type="checkbox"/>

**DECYZJA KOMISJI REKRUTACYJNEJ:**

Kandydat **SPEŁNIA** / **NIE SPEŁNIA** kryteria dostępu do udziału w projekcie. UZASADNIENIE (jeśli nie spełnia)

.....

**Kryteria premiujące:**

<input type="checkbox"/>	Osoba oświadcza, że doświadcza wielokrotnego wykluczenia	10 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną i osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą niepełnosprawną z całościowymi zaburzeniami	9 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	8 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba oświadcza, że jest osobą samotnie gospodarującą	7 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba korzysta z PO PŻ	6 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą	5 pkt.
<b>Łączna liczba uzyskanych punktów:</b>		<b>.....</b>

Określenie zakresu wsparcia i wymiaru, który wynika z informacji zawartych w Formularzu Zgłoszeniowym i załącznikach:

Zakres wsparcia obejmuje usługi opiekuńcze w wymiarze (średnio dziennie):

1 godz.    1,5 godz.    2 godz.    2,5 godz.    3 godz.    3,5 godz.    .....

Częstotliwość wsparcia:

5 razy w tygodniu    3 razy w tygodniu    2 razy w tygodniu    1 raz w tygodniu    .....

Uwagi:

.....

.....

Data .....

1. Członek Komisji Rekrutacyjnej .....

2. Członek Komisji Rekrutacyjnej .....



.....  
(Imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki)

.....  
(Miejscowość, data)

## Oświadczenie o zamieszkanui

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że w dniu złożenia Formularza zgłoszeniowego do projektu „**Mobilne Usługi oraz Klub Seniora w Gminie Przeworsk**” (realizowanego przez Fundację imienia Braci Sołuńskich – Cyryla i Metodego w okresie 01.12.2022 – 31.12.2023 roku w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII Integracja Społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych) **mieszkam w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w województwie podkarpackim na terenie Gminy Przeworsk.**

.....  
(Podpis Kandydata/Kandydatki)





.....  
(Imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki)

.....  
(Miejscowość, data)

## Oświadczenie o wielkości gospodarstwa domowego

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe.

.....  
(Podpis Kandydata/Kandydatki)



.....  
(Pieczęć Ośrodka Pomocy Społecznej)

.....  
(Miejscowość, data)

**Zaświadczenie dotyczące korzystania / nie korzystania z usług opiekuńczych  
lub specjalistycznych usług opiekuńczych**

Zaświadcza się, że Pan/i .....  
zamieszkały/a .....PESEL.....;.....  
**korzysta / nie korzysta\*** z usług opiekuńczych / specjalistycznych usług opiekuńczych\*  
realizowanych na terenie Gminy Przeworsk.

Pan/i ..... korzysta z następujących  
usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych\* (proszę podać zakres):

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

.....  
(podpis i pieczęć kierownika  
Ośrodka Pomocy Społecznej)

\* Niepotrzebne skreślić



.....  
.....  
(Pieczęć Ośrodka Pomocy Społecznej)

.....  
.....  
(Miejscowość, data)

**Zaświadczenie dotyczące korzystania/niekorzystania  
z pomocy z PO PŻ**

Zaświadcza się, że Pan/i ..... zamieszkały/a .....

..... PESEL..... **korzysta /nie**

**korzysta**<sup>1</sup> z pomocy żywnościowej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

Pan/i skorzystał/a z następujących działań towarzyszących<sup>2</sup>:

- warsztaty kulinarne dla różnych grup pokoleniowych z udziałem ekspertów kulinarnych, kuchmistrzów, dietetyków, pokazujące różne możliwości przygotowania i wykorzystania artykułów spożywczych;
- warsztaty dietetyczne i dotyczące zdrowego żywienia;
- programy edukacyjne propagujące zasady zdrowego odżywiania i przeciwdziałanie marnowaniu żywności;
- warsztaty edukacji ekonomicznej (nauka tworzenia, realizacji i kontroli budżetu domowego, ekonomicznego, prowadzenia gospodarstwa domowego, z uwzględnieniem wszystkich finansowych i rzeczowych dochodów rodziny, w tym darów żywnościowych);
- inne, tj.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(podpis i pieczęć kierownika  
Ośrodka Pomocy Społecznej)

<sup>1</sup> Właściwe podkreślić

<sup>2</sup> Uzpełnić w przypadku osób korzystających z PO PŻ wybierając spośród podanych, w przypadku osób, które skorzystały z innych działań należy wpisać z jakich



.....  
(Pieczęć)

.....  
(Miejscowość, data)

**Zaświadczenie lekarskie**  
**(na potrzeby skorzystania z usług Mobilnej Opieki Domowej)**

Zaświadcza się, że Pan/i ..... zamieszkały/a .....  
..... PESEL..... jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Pan/i ..... **wymaga / nie wymaga<sup>1</sup>** pomocy innych osób.

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

---

<sup>1</sup> Właściwe podkreślić

.....  
(Imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki)

.....  
(Miejscowość, data)

## OŚWIADCZENIE O DOŚWIADCZANIU WIELOKROTNEGO WYKLUCZENIA

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że doświadczam wielokrotnego wykluczenia z uwagi na przynależność do grup osób wskazanych w rozdziale 3 pkt. 15 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 tj.:

- 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;
- 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 2018 r. poz. 1457, 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 w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- osoby odbywające kary pozbawienia wolności;
- osoby korzystające z PO PŻ.

.....  
(Podpis Kandydata/Kandydatki)



....., dn. ....  
/ pieczęć placówki zdrowia /

## ZAŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH

....., ur. ....

zam. ....

jest pacjentem:.....

/nazwa instytucji/

od: .....

Rozpoznanie: .....

.....

Ze względu na stan zdrowia w/w osoby konieczne jest zapewnienie specjalistycznych usług opiekuńczych w łącznym wymiarze ..... godzin tygodniowo, w ramach których zgodnie z § 2 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. (Dz.U. z 2005 r., Nr 189, poz.1598 z późn. zm.) będzie realizowany następujący rodzaj specjalistycznych usług opiekuńczych:

1. Uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym zwłaszcza:

a) kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspieranie, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych, w szczególności takich jak:

- samoobsługa, zwłaszcza wykonywanie czynności gospodarczych i porządkowych, w tym umiejętność utrzymania i prowadzenia domu -  w wymiarze .....godzin tygodniowo\*,

- dbałość o higienę i wygląd -  w wymiarze .....godzin tygodniowo\*,

- utrzymywanie kontaktów z domownikami, rówieśnikami, w miejscu nauki i pracy oraz ze społecznością lokalną -  w wymiarze ..... godzin tygodniowo\*,

- wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego -  w wymiarze .....godzin tygodniowo\*,

- korzystanie z usług różnych instytucji -  w wymiarze .....godzin tygodniowo\*

b) interwencje i pomoc w życiu w rodzinie, w tym:

- pomoc w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych - poradnictwo specjalistyczne, interwencje kryzysowe, wsparcie psychologiczne, rozmowy terapeutyczne -  w wymiarze ... godzin tygodniowo\*,

- ułatwienie dostępu do edukacji i kultury -  w wymiarze .....godzin tygodniowo\*,

- doradztwo, koordynacja działań innych służb na rzecz rodziny, której członkiem jest osoba uzyskująca pomoc w formie specjalistycznych usług -  w wymiarze .....godzin tygodniowo\*,

- kształtowanie pozytywnych relacji osoby wspieranej z osobami bliskimi - □ w wymiarze .....godzin tygodniowo\*,

- współpraca z rodziną - kształtowanie odpowiednich postaw wobec osoby chorującej, niepełnosprawnej - □ w wymiarze .....godzin tygodniowo\*,

c) pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, w tym:

- w uzyskaniu świadczeń socjalnych, emerytalno-rentowych - □ w wymiarze .....godzin tygodniowo\*,

- w wypełnieniu dokumentów urzędowych - □ w wymiarze .....godzin tygodniowo\*,

d) wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, w tym zwłaszcza:

- w szukaniu informacji o pracy, pomoc w znalezieniu zatrudnienia lub alternatywnego zajęcia, w szczególności uczestnictwo w zajęciach warsztatów terapii zajęciowej, zakładach aktywności zawodowej, środowiskowych domach samopomocy, centrach i klubach integracji społecznej, klubach pracy - □ w wymiarze .....godzin tygodniowo\*,

- w kompletowaniu dokumentów potrzebnych do zatrudnienia - □ w wymiarze .....godzin tygodniowo\*,

- w przygotowaniu do rozmowy z pracodawcą, wspieranie i asystowanie w kontaktach z pracodawcą - □ w wymiarze .....godzin tygodniowo\*,

- w rozwiązywaniu problemów psychicznych wynikających z pracy lub jej braku - □ w wymiarze .....godzin tygodniowo\*,

e) pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi, w tym:

- nauka planowania budżetu, asystowanie przy ponoszeniu wydatków - □ w wymiarze .....godzin tygodniowo\*,

- pomoc w uzyskaniu ulg w opłatach - □ w wymiarze .....godzin tygodniowo\*,

- zwiększanie umiejętności gospodarowania własnym budżetem oraz usamodzielnianie finansowe - □ w wymiarze .....godzin tygodniowo\*.

2) Pielęgnacja - jako wspieranie procesu leczenia, w tym:

a) pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych - □ w wymiarze .....godzin tygodniowo\*,

b) uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych - □ w wymiarze .....godzin tygodniowo\*,

c) pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece - □ w wymiarze .....godzin tygodniowo\*,

d) pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania - □ w wymiarze .....godzin tygodniowo\*,



e) w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny -  w wymiarze .....godzin tygodniowo<sup>\*</sup>,

f) pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia -  w wymiarze .....godzin tygodniowo<sup>\*</sup>, g) pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych -  w wymiarze .....godzin tygodniowo<sup>\*</sup>.

3) Rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

a) zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii -  w wymiarze .....godzin tygodniowo<sup>\*</sup>,

b) współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjnoterapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług -  w wymiarze .....godzin tygodniowo<sup>\*</sup>.

4) Pomoc mieszkaniowa, w tym:

a) w uzyskaniu mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat -  w wymiarze .....godzin tygodniowo<sup>\*</sup>,

b) w organizacji drobnych remontów, adaptacji, napraw, likwidacji barier architektonicznych -  w wymiarze .....godzin tygodniowo<sup>\*</sup>,

c) kształtowanie właściwych relacji osoby uzyskującej pomoc z sąsiadami i gospodarzem domu -  w wymiarze .....godzin tygodniowo<sup>\*</sup>.

**\* - odpowiednio zakreślić poprzez postawienie znaku „ X ” i wypełnić liczbę godzin tygodniowo**

**\*\* - odpowiednio wypełnić**

.....  
/ data i podpis lekarza specjalisty