



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – KLUB SENIORA

**do projektu „Mobilne Usługi oraz Klub Seniora w Gminie Przeworsk ”  
realizowanego przez Fundację im. Braci Sołuńskich – 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 przyjęcia formularza:	
Numer formularza:	MUoKSwGP/KS/.../P/202... Mobilne Usługi oraz Klub Seniora w Gminie Przeworsk/Klub Seniora/Kolejny numer/Gmina tj. P – Przeworsk/rok
Podpis osoby przyjmującej formularz	

### CZĘŚĆ I – DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA)

1. Nazwisko i imię		
2. Data i miejsce urodzenia	(dd/mm/rrrr)	(miejsce urodzenia)
3. Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna
4. Adres zameldowania/zamieszkania		
Ulica/Miejscowość, nr domu/nr lokalu		
Miejscowość		
Kod pocztowy		
Gmina		
Powiat / Województwo		
6. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zameldowania)		



7. Telefon stacjonarny																					
8. Telefon kontaktowy																					
9. Adres e-mail																					
10. PESEL	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

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

<p>1. Spełnianie kryterium formalnego (<i>proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą potrzebującą opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w województwie podkarpackim na terenie Gminy Przeworsk</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą powyżej 60 roku życia</p> <p><b><u>Do Formularza Rekrutacyjnego dołączam/zobowiązuje się dołączyć następujące załączniki potwierdzające spełnienie przeze mnie kryteriów dostępu:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza POZ stwierdzające, iż ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagam opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.</p> <p><input type="checkbox"/> Zaświadczenie dotyczące korzystania/niekorzystania z pomocy z PO PŻ</p> <p>Zobowiązuje się dołączyć do dnia .....</p>
--



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

- Oświadczam, że doświadczam wielokrotnego wykluczenia  
(Należy dołączyć oświadczenie).
- Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną w tym osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą niepełnosprawną z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi  
(należy załączyć kserokopię Zaświadczenia o niepełnosprawności).
- Oświadczam, że jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności  
(należy załączyć kserokopię Zaświadczenia o niepełnosprawności).
- Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą  
(należy dołączyć oświadczenie Kandydata/Kandydatki do projektu).
- Oświadczam, że korzystam z PO PŻ (zakres wsparcia nie będzie powielać działań, które otrzymuję ja lub moja rodzina z PO PŻ w ramach działań towarzyszących o których mowa w PO PŻ.  
(Należy dołączyć zaświadczenie z właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej).
- Oświadczam, że jestem osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą
- Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą i posiadam dochód przekraczający ww. kryterium dochodowe. Mój dochód wynosi: .....
- Oświadczam, że nie jestem osobą samotnie gospodarującą i posiadam dochód przekraczający ww. kryterium dochodowe. Mój dochód wynosi: .....

**CZĘŚĆ III – OŚWIADCZENIA**

1. Wyrażam zgodę na udział w Projekcie „Mobilne Usługi oraz Klub Seniora w Gminie Przeworsk” realizowanym przez Fundację im. 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.
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 do projektu)

#### Załączniki:

1. Oświadczenie o zamieszkanianiu (*obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka*);
2. Oświadczenie o wielkości gospodarstwa domowego (*osoby samotnie gospodarujące*);
3. Zaświadczenie dotyczące korzystania / nie korzystania z usług opiekuńczych;
4. Zaświadczenie dotyczące korzystania / nie korzystania z pomocy z PO PŻ (*jeżeli dotyczy*);
5. Zaświadczenie lekarskie (*obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka*);
6. Orzeczenie o niepełnosprawności lub dokument równoważny (*jeżeli dotyczy*);
7. Oświadczenie o wielokrotnym wykluczeniu (*jeżeli dotyczy*);
8. Oświadczenie dotyczące spełnienia kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.

.....  
(data i czytelny podpis Kandydata/Kandydatki do projektu)



**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>

Data .....

1. Członek Komisji Rekrutacyjnej .....

2. Członek Komisji Rekrutacyjnej .....



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

.....  
(Miejscowość, data)

## Oświadczenie o zamieszkaniu

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 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 Klubu Seniora)

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\*** pomocy innych osób.

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

*\*niewłaściwe skreślić*



.....  
*(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 Wytucznych w zakresie realizacji przedsięwzięć obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społeczny 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 Wytucznych 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 Wytucznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społeczny 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 Wytucznych 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)*



## Oświadczenie

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

zam. .... oświadczam, że mój  
dochód nie przekracza / przekracza (niepotrzebne skreślić) 150 %\* właściwego kryterium  
dochodowego, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej\*\*.

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Podpis Kandydata/Kandydatki)

\* W przypadku osób samotnie gospodarujących jest to kwota 1051,50 zł, na osobę w rodzinie 792 zł.

\*\* *Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą na podstawie art. 233 KK*



.....  
(Pieczęć Ośrodka Pomocy Społecznej)

.....  
(Miejscowość, data)

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

Zaświadcza się, że Pan/i .....  
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a .....

PESEL.....

**Korzysta / nie korzysta\*** z usług opiekuńczych realizowanych na terenie Gminy Przeworsk.

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

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

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

\* Niewłaściwe skreślić