

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „Usługi opiekuńcze i specjalistyczne w mieście 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:	UOSMP/.../P/2022 Usługi opiekuńcze i specjalistyczne w mieście Przeworsk / kolejny numer/ Miasto tj. P – Przeworsk / rok rozpoczęcia realizacji projektu

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
Miasto / Powiat / Województwo	<input type="checkbox"/> Przeworsk <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Przeworski <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Podkarpackie <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/specjalistycznych usług opiekuńczych lub otrzymałem/łam je w innym zakresie niż te, o które ubiegam się w ramach Projektu
- Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą, osobą samotną lub osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości

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 miasta Przeworsk
- Zaświadczenie lekarskie stwierdzające, iż potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
Zobowiązuje się dołączyć do dnia
- Zaświadczenie lekarskie dot. specjalistycznych usług opiekuńczych (z zakresem i liczbą godzin wsparcia)
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 – INFORMACJE O WNIOSKOWANYM WSPARCIU

1. Proszę o udzielenie wsparcia w formie (proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)

- usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania
- specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania
- teleopieki

CZĘŚĆ IV – 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
<i>Osoba długotrwale bezrobotna (Młodzież (<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 <i>(Osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna)</i>	<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 (do 9 pracowników) <input type="checkbox"/> w małym przedsiębiorstwie (od 10 do 49 pracowników) <input type="checkbox"/> w średnim przedsiębiorstwie (od 50 do 249 pracowników) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie (powyżej 250 pracowników) <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 V – OŚWIADCZENIE

- Wyrażam zgodę na udział w Projekcie „Usługi opiekuńcze i specjalistyczne w mieście Przeworsk” realizowanym przez Fundację im. Braci Sołuńskich- Cyryla i Metodego w okresie 01.12.2022 r. – 31.12.2023 r. 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.
- Zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie.
- 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.
- Wyrażam zgodę na publikację i rozpowszechnianie mojego wizerunku w mediach i materiałach promocyjnych dotyczących projektu „Usługi opiekuńcze i specjalistyczne w mieście Przeworsk”.
- 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.
- 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: <input type="checkbox"/> Inni członkowie rodziny i znajomi, z którymi utrzymuje kontakt: <input type="checkbox"/> Kontakty z organizacjami pozarządowymi:



7. Informacje dodatkowe:	
--------------------------	--

Diagnoza pracownika socjalnego i propozycje dalszych działań

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wsparcie w ramach usług specjalistycznych (na podstawie zaświadczenia lekarskiego):

- a) pielęgnację jako wspieranie procesu leczenia, w tym:
 - pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
 - uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
 - pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptecce,
 - pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
 - w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmianę opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
 - pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia,
 - pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych;
- b) rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.):
 - zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii,
 - współpracę ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług opiekuńczych.

Wsparcie w ramach teleopieki _____

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Podpis pracownika socjalnego)



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 doświadczeniu wielokrotnego wykluczenia (<i>jeśli dotyczy</i>)	<input type="checkbox"/>
5.	Dokumenty potwierdzające spełnienie kryterium osoby z niepełnosprawnością sprzężną 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.	Zaświadczenie lekarskie dot. specjalistycznych usług opiekuńczych z zakresem i liczbą godzin wsparcia (<i>jeśli dotyczy</i>)	<input type="checkbox"/>
10.	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 korzystająca z PO PŻ	6 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą	5 pkt.
Łączna liczba uzyskanych punktów:	

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

Zakres wsparcia obejmuje:

1) 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

.....

2) specjalistyczne usługi opiekuńcze w formie _____

w wymiarze _____

3) teleopiekę (opaska telemetryczna + całodobowy abonament teleopieki) tak nie

Uwagi:

.....

.....

Data

1. Członek Komisji Rekrutacyjnej

2. Członek Komisji Rekrutacyjnej