Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

**Formularz zgłoszeniowy do projektu „Uruchomienie centrum wsparcia opiekunów nieformalnych z wirtualną bazą wiedzy”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wypełnia****Biuro****Projektu** | Potwierdzenie złożeniawniosku(data wpływu) |  | Podpis osobyprzyjmującej |  |

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób:

|  |
| --- |
| **Dane osobowe kandydata na uczestnika projektu****OPIEKUN NIEFORMALNY** |
| Nazwisko |  |
| Imię (Imiona) |  |
| Data urodzenia  |  | Płeć:  K  M |
| Pesel |  |
| Kod pocztowy, miejscowość |  |
| Ulica, nr domu/lokalu |  |
| Numer telefonu/e-mail |  |
| **Dane podopiecznego****OSOBY NIESAMODZIELNEJ** |
| Nazwisko |  |
| Imię (Imiona) |  |
| Data urodzenia  |  | Płeć:  K  M |
| Pesel |  |
| Kod pocztowy, miejscowość |  |
| Ulica, nr domu/lokalu |  |
| Numer telefonu |  |

|  |
| --- |
| **Kryteria formalne:** (należy zaznaczyć właściwe pola) |
| **jestem opiekunem osoby niesamodzielnej** – tj. osobą pełnoletnią opiekującą się osobą niesamodzielną, niebędącą opiekunem zawodowym i niepobierającą wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną (najczęściej członek rodziny). | TAK | NIE |
| **oświadczam, że moje miejsce zamieszkania** (lub nauki, pracy) znajduje się na terenie województwa małopolskiego. | TAK | NIE |

|  |
| --- |
| **Kryteria dochodowe:** (zaznaczyć jeśli dotyczy): |
| preferencje otrzymują osoby z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (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 | NIE |

|  |
| --- |
| **Kryteria premiowane:** (zaznaczyć jeśli dotyczy): |
| **Niniejszym oświadczam, że przysługują mi preferencje** w dostępie do oferowanych usług z uwagi na spełnianie następujących **kryteriów premiowanych:** |
| **K.P.1.** osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z poniższych przesłanek: | TAK | NIE |
| 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 przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
 |  |
| 1. osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym
 |  |
| 1. 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
 |  |
| 1. 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
 |  |
| 1. osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty
 |  |
| 1. 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
 |  |
| 1. 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
 |  |
| 1. 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.)
 |  |
| 1. osoby niesamodzielne
 |  |
| 1. osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014- 2020
 |  |
| 1. osoby korzystające z PO PŻ
 |  |
| **K.P.2.** osoba której podopieczny wykazuje znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,  | TAK | NIE |
| **K.P.3.** osoba której podopieczny wykazuje niepełnosprawność sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwoju, | TAK | NIE |
| **K.P.4.** osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020, | TAK | NIE |
| **K.P.5.** osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020,  | TAK | NIE |
| **K.P.6.** osoba rozpoczynające opiekę nad osobą niesamodzielną, | TAK | NIE |
| **K.P.7.** osoba rezygnująca z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, aby zajmować się podopiecznym, | TAK | NIE |
| **K.P.8.** osoba sprawująca opiekę pielęgnacyjną w domu bez wsparcia rodzinnego, | TAK | NIE |
| **K.P.9.** osoba posiadająca więcej niż jedną osobę niesamodzielną pod opieką, | TAK | NIE |
| **K.P.10.** osoba której sytuacja zdrowotna uległa gwałtownemu pogorszeniu a stan zdrowia lub podeszły wiek utrudnia opiekę nad osobą niesamodzielną, | TAK | NIE |
| **K.P.11.** osoba u której mogą występować objawy Zespołu stresu opiekuna lub osoba zmagająca się z wypaleniem. | TAK | NIE |

**Oświadczam, że:**

* zapoznałam/-em się, rozumiem i akceptuję Regulamin rekrutacji i udziału w projekcie,
* dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
* po zakwalifikowaniu do Projektu dostarczę dokumenty uzupełniające, o których mowa w § 5, pkt. 11 Regulaminu.
* zobowiązuję się do uczestnictwa w formach wsparcia na które zostanę skierowany.

……………...... …………………………………………………………………………

DATA PODPIS KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU – OPIEKUNA NIEFORMALNEGO