

Zaopiekowani – systemowe wzmacnianie potencjału opiekuńczego rodzin

Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Zaopiekowani – systemowe wspieranie potencjału opiekuńczego rodzin”

Wypełnia osoba przyjmująca wniosek	
Nr identyfikacyjny wniosku:	Data wpływu:

**WNIOSEK OSOBY NIESAMODZIELNEJ O OBJĘCIĘ WSPARCIEM  
w ramach projektu „Zaopiekowani - systemowe wzmacnianie potencjału opiekuńczego rodzin”  
Zadanie 2 – Opiekuńcze usługi sąsiedzkie**

W miejscu  należy zaznaczyć właściwą odpowiedź „krzyżykiem” X

**I. DANE PERSONALNE KANDYDATA/KANDYDATKI (OSOBY NIESAMODZIELNEJ) DO PROJEKTU**

Imię/Imiona:	
Nazwisko:	
PESEL:	<input type="text"/>

Adres zamieszkania: <sup>1</sup>			
Ulica:			
Nr domu:		Nr lokalu:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Gmina:		Powiat:	
Województwo:			
Numer telefonu:		Adres e-mail:	

**II. KRYTERIUM FORMALNE**

Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną<sup>2</sup>:

- Tak  
 Nie

<sup>1</sup> Miejscem zamieszkania jest zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1145 z późn. zm.) - miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

<sup>2</sup> Osoba niesamodzielną – oznacza to osobę, 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.

### III. KRYTERIA MERYTORYCZNE

#### 1. Niepełnosprawność

<b>Posiadam orzeczoną niepełnosprawność<sup>3</sup>:</b>		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <sup>4</sup>
<i>Wypełnić jedynie w przypadku stwierdzonej niepełnosprawności</i>	Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki
	Jeśli posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności, to czy są jakieś konieczne usprawnienia, które należy wprowadzić, aby umożliwić Panu/Pani udział w projekcie?	..... ..... .....

#### 2. Kryterium dochodowe osoby niesamodzielnej<sup>5</sup>

- Oświadczam, że prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe i mój dochód **nie przekracza/przekracza<sup>6</sup>** 150 % kryterium dochodowego zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, czyli kwoty 1051,50 zł.
- Oświadczam, że prowadzę wspólne gospodarstwo domowe, które łącznie ze mną stanowi ..... osób, a dochód w mojej rodzinie rozumianej jako osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące **nie przekracza/przekracza<sup>7</sup>** 150% kryterium dochodowego dla osoby w rodzinie, czyli kwoty 792,00 zł.

#### 3. Dochód osoby niesamodzielnej przekraczającej 150% kryterium dochodowego:<sup>8</sup>

- Oświadczam, że prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe, a mój dochód wynosi:
  - do 1500,00 zł włącznie
  - powyżej 1500,00 zł do 2000,00 zł włącznie
  - powyżej 2000,00 zł do 3000,00 zł włącznie
  - powyżej 3000,00 zł do 4000,00 zł włącznie
  - powyżej 4000,00 zł
- Oświadczam, że prowadzę wspólne gospodarstwo domowe<sup>9</sup>, a dochód na osobę wynosi:

<sup>3</sup> W rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

<sup>4</sup> Odmawiam podania informacji mając świadomość, że moja odmowa wiąże się z brakiem możliwości przyznawania punktów w procesie oceny merytorycznej w związku z posiadanym orzeczeniem o niepełnosprawności.

<sup>5</sup> Oznacza dochód zgodny z definicją zawartą w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa do projektu.

<sup>6</sup> Niewłaściwe skreślić.

<sup>7</sup> Niewłaściwe skreślić.

<sup>8</sup> Wypełnić w przypadku, gdy dochód osoby niesamodzielnej jest powyżej 150% kryterium dochodowego.

Zaopiekowani – systemowe wzmacnianie potencjału opiekuńczego rodzin

- do 1000,00 zł włącznie
- powyżej 1000,00 zł do 1500,00 zł włącznie
- powyżej 1500,00 zł do 2000,00 zł włącznie
- powyżej 2000,00 zł do 3000,00 zł włącznie
- powyżej 3000,00 zł

**4. Oświadczam, że korzystam z usług opiekuńczych ośrodka pomocy społecznej<sup>10</sup>:**

- Tak
- Nie

**5. Oświadczam, że:**

- opiekuje się mną opiekun/opiekunowie faktyczni: opiekę nade mną sprawuje ..... opiekunów faktycznych<sup>11</sup> (należy wskazać liczbę osób)
- nie opiekuje się mną żaden opiekun faktyczny

**6. Inne ważne okoliczności faktyczne**

Proszę wskazać inne indywidualne okoliczności życiowe/materialne mające wpływ na potrzebę przyznania usługi sąsiedzkiej dla osoby niesamodzielnej (np.: czy osobą niesamodzielną opiekują się inni opiekunowie faktyczni/prawni w tym częstotliwość sprawowania opieki, ograniczenia wynikające z sytuacji zdrowotnej, inne bariery):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<sup>9</sup>Rozumiane jako osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące.

<sup>10</sup> Instytucja samorządowa świadcząca pomoc społeczną, działająca w każdej gminie (w gminie miejskiej jest to miejski ośrodek pomocy społecznej, zaś w gminie wiejskiej to gminny ośrodek pomocy społecznej).

<sup>11</sup> osoba pełnoletnia, opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny.

#### IV. OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU

1. Pouczona/y o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą zgodnie z art. 286 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1950 z późn. zm.), „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” **oświadczam**, że podane w niniejszym wniosku o objęcie wsparciem dane materialne, osobiste i rodzinne są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania w przypadku ich zmiany;
2. **Zapoznałem/am się** z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa i spełniam warunki formalne uczestnictwa w projekcie „Zaopiekowani - systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin” i w pełni akceptuję Regulamin;
3. **Zobowiązuję się** wypełnić wszelkie niezbędne dokumenty w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie;
4. **Zostałem/am poinformowany/a**, że Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
5. Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. 2019 poz. 1781) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) - **wyrażam zgodę** na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez Fundację Pasja, Tarnowo 1, 73-150 Łobez do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji do projektu, zgodnie z Instrukcją związaną z przetwarzaniem danych osobowych kandydatów do projektu stanowiącą Zał. 5 do Regulaminu rekrutacji uczestnictwa w projekcie. Dane są niezbędne do realizacji RPO WZ 2014-2020. Ponadto wyrażam zgodę, aby moje dane kontaktowe (numer telefonu i/lub e-mail) zostały przekazane potencjalnemu opiekunowi sąsiedzkemu w celu umożliwienia mi kontaktu z nim, aby móc zweryfikować czy akceptuję tę osobę jako mojego opiekuna.

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis osoby niesamodzielnej/  
opiekuna prawnego/opiekuna faktycznego<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Niewłaściwe skreślić.

Dopuszcza się podpisanie dokumentu przez opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej, jeżeli stan zdrowia tej osoby nie pozwala na świadome złożenie podpisu, a nie ma ona opiekuna prawnego.

Realizatorzy:



Dom Pomocy Społecznej  
„Dom Kombatanta”  
im. gen. Mieczysława Boruty-Spiechowicza

Partnerzy:



Fundacja Pasja



Miejski Ośrodek  
Pomocy Rodzinie  
w Szczecinie



Fundacja Pomocy Chorym  
na Zanik Mięśni

### OŚWIADCZENIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO<sup>13</sup>

Oświadczam, że jestem opiekunem faktycznym wskazanej we Wniosku o objęcie wsparciem osoby niesamodzielnej. Stan zdrowia tej osoby nie pozwala na świadome złożenie podpisu, a nie ma ona opiekuna prawnego.

Znane mi są okoliczności, w ramach których składany jest Wniosek o objęcie wsparciem.

Niniejszym oświadczam, że podane we Wniosku o objęcie wsparciem informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą zgodnie z art. 286 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1950 z późn. zm.).

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis opiekuna faktycznego

### V. WSKAZANIE OPIEKUNA SĄSIEDZKIEGO

#### Oświadczam, że:

- nie znam osoby z mojego najbliższego otoczenia, która może zostać moim opiekunem sąsiedzkim
- znam osobę z mojego najbliższego otoczenia, która może zostać moim opiekunem sąsiedzkim i wskazuję ją poniżej.

*Poniższą tabelę wypełnić w przypadku chęci wskazania osoby – kandydata/tki na opiekuna sąsiedzkiego:*

Wnoszę o objęcie mnie wsparciem w postaci opiekuńczych usług sąsiedzkich i jednocześnie **wskazuję** kandydata na mojego opiekuna:

Imię/Imiona:			
Nazwisko:			
PESEL:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres zamieszkania: <sup>14</sup>			
Ulica:			
Nr domu:	<input type="text"/>	Nr lokalu:	<input type="text"/>
Miejscowość:	<input type="text"/>	Kod pocztowy:	<input type="text"/>

<sup>13</sup>Wypełnić w przypadku, gdy Wniosek podpisuje opiekun faktyczny.

<sup>14</sup> Zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

Zaopiekowani – systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin

Gmina:		Powiat:	
Województwo:			
Numer telefonu:		Adres e-mail:	

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis osoby niesamodzielnej/opiekuna  
prawnego/opiekuna faktycznego<sup>15</sup>

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA NA OPIEKUNA SĄSIEDZKIEGO<sup>16</sup>**

*Oświadczam, że jestem osobą obdarzoną zaufaniem przez wskazaną w niniejszym Wniosku osobę niesamodzielną. Jestem zdolna/y do pracy na rzecz tej osoby niesamodzielnej, zamieszkuję blisko i pozostaję z nią codziennym kontakcie. Oświadczam też, że mam możliwość świadczenia usług sąsiedzkich wobec osoby niesamodzielnej.*

*Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. 2019 poz. 1781) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) - wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez Fundację Pasja, Tarnowo 1, 73-150 Łobez do celów związanych z weryfikacją/kwalifikacją do pełnienia roli opiekuna sąsiedzkiego w ramach projektu „Zaopiekowani – systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin”.*

*Jednocześnie deklaruję gotowość do udziału w procesie weryfikacji kompetencji wymaganych do pełnienia funkcji opiekuna sąsiedzkiego, a w przypadku wyboru mnie na opiekuna sąsiedzkiego do wzięcia udziału w 20-godzinnym szkoleniu z zakresu realizacji usług sąsiedzkich.*

*Świadomy/a za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.*

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis kandydata/teki na opiekuna sąsiedzkiego

<sup>15</sup> Niewłaściwe skreślić.

Dopuszcza się podpisanie dokumentu przez opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej, jeżeli stan zdrowia tej osoby nie pozwala na świadome złożenie podpisu, a nie ma ona opiekuna prawnego.

<sup>16</sup> Wypełnić w przypadku wskazania kandydata/teki na opiekuna sąsiedzkiego.