

Zaopiekowani – systemowe wzmacnianie potencjału opiekuńczego rodzin

Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Zaopiekowani – systemowe wspieranie potencjału opiekuńczego rodzin”

| <i>Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie</i> | |
|--|---------------------|
| Nr identyfikacyjny zgłoszenia: | Data wpływu: |

**WNIOSEK OPIEKUNA FAKTYCZNEGO O OBJĘCIE WSPARCIEM
w ramach projektu „Zaopiekowani - systemowe wzmacnianie potencjału opiekuńczego rodzin”**

**Zadanie 9 - Centrum wsparcia opiekunów faktycznych osób niesamodzielných „Pasja”
w łobzie - usługi konsultacyjno-doradczo-szkoleniowe dla opiekunów.**

W miejscu należy zaznaczyć właściwą odpowiedź „krzyżykiem” X

I. DANE PERSONALNE KANDYDATA/KANDYDATKI (OPIEKUNA FAKTYCZNEGO) DO PROJEKTU

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Imię/Imiona | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko | | | | | | | | | | | |
| PESEL: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Adres zamieszkania: ¹ | | | | | | | | | | | |
| Ulica: | | | | | | | | | | | |
| Nr domu: | | | | | Nr lokalu: | | | | | | |
| Miejscowość: | | | | | Kod pocztowy: | | | | | | |
| Gmina: | | | | | Powiat: | | | | | | |
| Województwo: | | | | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | Adres e-mail: | | | | | | |

II. KRYTERIUM FORMALNE

Oświadczam, że jestem opiekunem faktycznym² osoby niesamodzielných³

- Tak
 Nie

¹ 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.

² Opiekun faktyczny – osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędącą opiekunem zawodowym i niepobierającą wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny.

³ 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.

Zaopiekowani – systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin

Powód niesamodzielnosci:⁴

.....

.....

III. KRYTERIUM MERYTORYCZNE

Niepełnosprawność

| | | |
|---|---|---|
| Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności ⁵ | | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji ⁶ |
| Wypełnić jedynie w przypadku posiadania orzeczenia o niepełnosprawności | 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? | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

IV. ZAKRES WSPARCIA

Preferowany przeze mnie zakres wsparcia:⁷

- szkolenia grupowe
- indywidualne poradnictwo psychologiczne
- indywidualne poradnictwo prawne
- indywidualne poradnictwo w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne/rehabilitacyjne
- indywidualne poradnictwo socjalno – ekonomiczne

V. OŚWIADCZENIE

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

⁴ Niesamodzielnosc może być skutkiem m.in.: choroby przewlekłej, urazu powodującego upośledzenie funkcji ciała, podeszłego wieku.

⁵ W rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

⁶ Odmawiam podania informacji mając świadomość, że moja odmowa wiąże się z brakiem możliwości przyznawania punktów w procesie oceny merytorycznej w związku z posiadaniem orzeczeniem o niepełnosprawności.

⁷ Można zaznaczyć „X” krzyżykiem więcej niż jedną opcję.

Zaopiekowani – systemowe wzmacnianie potencjału opiekuńczego rodzin

rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsięwziętego 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 wzmacnianie 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 i uczestnictwa w projekcie. Dane są niezbędne do realizacji RPO WZ 2014-2020;
6. **Oświadczam, że:**
 - przynależę**
 - nie przynależę**

do grupy osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym⁸ w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa

⁸ Grupy osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:

- a) 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;
- b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, tj.:
 - bezdomni realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
 - uzależnieni od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego,
 - uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej,
 - chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,
 - długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
 - zwalniani z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
 - uchodźcy realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
 - osoby niepełnosprawne, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.



Zaopiekowani – systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020;

7. **Oświadczam**, że znam możliwy zakres usług konsultacyjno – szkoleniowo - doradczych w projekcie. Jednocześnie wyrażam zgodę na zaprojektowanie i zaproponowanie mi indywidualnej ścieżki wsparcia w tym zakresie - przez Fundację „Pasja”.

.....
Data

.....
Czytelny podpis opiekuna faktycznego

-
- c) 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;
 - d) 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;
 - e) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
 - f) osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.

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