

„Zaopiekowani – systemowe wzmacnianie potencjału opiekuńczego rodzin”
projekt nr RPZP.07.06.00-32-K051/19

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

<i>Wypełnia osoba przyjmująca wniosek</i>	
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:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										

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

II. KRYTERIUM FORMALNE

Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną²:

- 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 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 wzmacnianie potencjału opiekuńczego rodzin”
projekt nr RPZP.07.06.00-32-K051/19

III. KRYTERIA MERYTORYCZNE

1. Niepełnosprawność

Posiadam orzeczoną niepełnosprawność³:		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji ⁴
<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 niesamodzielnej⁵

- Oświadczam, że prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe i mój dochód **nie przekracza/przekracza⁶** 150 % kryterium dochodowego zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, czyli kwoty 1164,00 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/przekracza⁷** 150% kryterium dochodowego dla osoby w rodzinie, czyli kwoty 900,00 zł.

3. Dochód osoby niesamodzielnej przekraczającej 150% kryterium dochodowego:⁸

- 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

³ W rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

⁴ 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.

⁵ Oznacza dochód zgodny z definicją zawartą w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa do projektu.

⁶ Niewłaściwe skreślić.

⁷ Niewłaściwe skreślić.

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

„Zaopiekowani – systemowe wzmacnianie potencjału opiekuńczego rodzin”
projekt nr RPZP.07.06.00-32-K051/19

- Oświadczam, że prowadzę wspólne gospodarstwo domowe⁹, a dochód na osobę wynosi:
- 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 społecznej¹⁰:

- Tak
- Nie

5. Oświadczam, że:

- opiekuje się mną opiekun/opiekunowie faktyczni: opiekę nad mną sprawuje
opiekunów faktycznych¹¹ (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):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

¹⁰ 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).

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

„Zaopiekowani – systemowe wzmacnianie potencjału opiekuńczego rodzin”
projekt nr RPZP.07.06.00-32-K051/19

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 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 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 sąsiedzkim 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 faktycznego¹²

¹² 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.

„Zaopiekowani – systemowe wzmacnianie potencjału opiekuńczego rodzin”
projekt nr RPZP.07.06.00-32-K051/19

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO¹³

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:											
Adres zamieszkania: ¹⁴											
Ulica:											
Nr domu:						Nr lokalu:					

¹³Wypełnić w przypadku, gdy Wniosek podpisuje opiekun faktyczny.

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

„Zaopiekowani – systemowe wzmacnianie potencjału opiekuńczego rodzin”
projekt nr RPZP.07.06.00-32-K051/19

Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Gmina:		Powiat:	
Województwo:			
Numer telefonu:		Adres e-mail:	

.....
Data

.....
Czytelny podpis osoby niesamodzielnej/opiekuna
prawnego/opiekuna faktycznego¹⁵

OŚWIADCZENIE KANDYDATA NA OPIEKUNA SĄSIEDZKIEGO¹⁶

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 wzmacnianie 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 w zakresie 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/cki na opiekuna sąsiedzkiego

¹⁵ 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.

¹⁶ Wypełnić w przypadku wskazania kandydata/cki na opiekuna sąsiedzkiego.