



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



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

Załącznik nr 3 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 OBJĘCIE WSPARCIEM
w ramach projektu „Zaopiekowani - systemowe wzmacnianie potencjału opiekuńczego rodzin”

Zadanie 12 – Wypożyczalnia sprzętu wspomagającego i sprzętu pielęgnacyjnego Pasja w Łobzie

W miejscu należy zaznaczyć właściwą odpowiedź „krzyżykiem” X

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

Imię/Imiona:																					
Nazwisko:																					
PESEL:	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></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

¹ Miejszem 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.

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



Nie

III. KRYTERIA MERYTORYCZNE

1. Niepełnosprawność

Posiadam orzeczoną niepełnosprawność³:		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji ⁴
Wypełnić jedynie w przypadku stwierdzonej 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?

2. **Oświadczam**, że korzystam z usług opiekuńczych ośrodka pomocy społecznej⁵:

- Tak
 Nie

3. **Oświadczam**, że opiekę nade mną sprawuje opiekunów faktycznych⁶ (należy wskazać liczbę osób).

4. **Oświadczam**, że

- prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe i mój dochód **nie przekracza/przekracza**⁷ 150 % kryterium dochodowego zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, czyli kwoty 1164,00 zł.
- 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**⁸ 150% kryterium dochodowego dla osoby w rodzinie, czyli kwoty 900,00 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 posiadaniem orzeczeniem o niepełnosprawności.

⁵ 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).

⁶ osoba pełnoletnia, opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny.

⁷ Niewłaściwe skreślić.

⁸ Niewłaściwe skreślić.

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



IV. 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 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. W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie, celem zawarcia umowy o przyznanie wsparcia, **zobowiązuję się** do przedłożenia zaświadczenia lekarskiego o konieczności użytkowania wskazanego sprzętu;
6. 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, ul. Magazynowa 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.

.....
Data

.....
Czytelny podpis osoby niesamodzielnej/
opiekuna prawnego/opiekuna faktycznego⁹

⁹ Niewłaściwe skreślić.

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

Jednocześnie w przypadku złożenia podpisu przez opiekuna, jest on zobowiązany do przedłożenia wraz z niniejszym wnioskiem - Oświadczenia opiekuna faktycznego (wzór stanowi zał. nr 11 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie).

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



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



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

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO¹⁰

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

¹⁰Wypełnić w przypadku, gdy Wniosek podpisuje opiekun faktyczny.

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

 Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Szczecinie

Partnerzy:  Fundacja Pasja

 Fundacja Pomocy Chorym na Zanik Mięśni