*Załącznik nr 1 do Regulaminu korzystania ze wsparcia dla opiekunów faktycznych*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**do projektu partnerskiego pn.: **„Równe szanse - kompleksowe usługi społeczno-zdrowotne na rzecz seniorów i osób z niepełnosprawnościami"**

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficjent: | FUNDACJA PROGRESJA |
| Partnerzy projektu: podkreślić Partnera, z ramienia którego uczestnik/uczestniczka projektu jest rekrutowany/a | STOWARZYSZENIE HORYZONT, AVENIR SP. Z.O.O., GMINA KOBYLNICA, GMINA DĘBNICA KASZUBSKA, GMINA POTĘGOWO |
| Tytuł projektu: | **„Równe szanse - kompleksowe usługi społeczno-zdrowotne na rzecz seniorów i osób z niepełnosprawnościami"** |
| Program regionalny: | Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 |
| Priorytet: | 5. Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+) |
| Działanie: | 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne |

| **Wypełnia biuro projektu** |
| --- |
| Nr *Formularza zgłoszeniowego* |  ................................/2025 |
| *Data i godzina przyjęcia/podpis osoby przyjmującej dokumenty* |  ……………………………………………/ |

|  |
| --- |
| **ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH POWIERZONYCH DO PRZETWARZANIA** |
| 1. **DANE OSOBOWE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO – *proszę wypełnić i zaznaczyć właściwe pola***
 |
| Nazwisko: |  |
| Imię/ Imiona: |  |
| Płeć | **** kobieta**** mężczyzna | Data urodzenia: |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wykształcenie | **** niższe niż podstawowe | **** gimnazjalne | **** policealne |
| **** podstawowe | **** ponadgimnazjalne (liceum, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, zasadnicza szkoła zawodowa) | **** wyższe (w tym licencjackie) |
| Dane OSOBY ZALEŻNEJ (osoby, nad którą jest sprawowana opieka), tj. imię i nazwisko, adres zamieszkania |  |

|  |
| --- |
| 1. **ADRES ZAMIESZKANIA: (zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu) – *proszę uzupełnić***
 |
| Ulica: |  | Nr domu |  | Nr lokalu |  |
| Poczta: |  | Kod pocztowy: |  |  |  - |  |  |  |
| Miejscowość: |  | Gmina: |  |
| Powiat: |  | Województwo: |  |
| 1. **DANE KONTAKTOWE – *proszę uzupełnić***
 |
| Telefon: |  | Adres poczty elektroniczne (e-mail): |  |
| 1. **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY – *proszę zaznaczyć właściwe pole***
 |
| Nie jestem osobą pracującą: | 1. jestem osobą bezrobotną[[1]](#footnote-1):

**** *zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy***** *nie zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy,*w tym:**** długotrwale bezrobotną[[2]](#footnote-2)1. jestem osobą bierną zawodowo:

**** *nieuczestniczącą w kształceniu/ szkoleniu***** *uczącą się***** *inne* |
| Jestem osobą pracującą: | Nazwa i adres podmiotu/ instytucji, w którym/ej osoba jest zatrudniona: |
| **V STATUS SPOŁECZNY KANDYDATA/ KANDYDATKI DO PROJEKTU****UWAGA:** Osobie, składającej formularz przysługuje prawo do odmowy podania informacji wrażliwych. Odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika/ uczestniczki oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie. |
| Jestem osobą z niepełnoprawnościami – ***dana wrażliwa*** |  **** TAK **** NIE  **** ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| **VI KRYTERIA – *proszę zaznaczyć właściwe pola*** |
|  | \* Jestem opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej, będącej uczestnikiem/uczestniczką projektu „Równe szanse – kompleksowe usługi społeczno-zdrowotne na rzecz seniorów i osób z niepełnosprawnościami” - weryfikacja na podstawie zaświadczenia/opinii z właściwego ośrodka pomocy społecznej ** TAK  NIE**\* Kryterium dochodowe – dochód poniżej 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dn. 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej – weryfikacja na podstawie oświadczenia kandydata/ kandydatki lub zaświadczenia z właściwej instytucji** TAK  NIE** |
| ***VII INFORMACJE O OPINII I DOŚWIADCZENIU OPIEKUNA FAKTYCZNEGO*** |
| **Jak długo sprawujesz opiekę nad osobą zależną?** |  |
| **Rodzaj potrzebnej opieki (np. pomoc w codziennych czynnościach, pomoc w poruszaniu się, wsparcie emocjonalne itp.)** |  |
| **Z jakimi problemami/wyzwaniami zmagasz się podczas sprawowania opieki?** |  |
| **VIII SPECYFICZNE POTRZEBY OSOBY SKŁADAJĄCEJ FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – *proszę zaznaczyć właściwe pole lub wpisać własną odpowiedź*** |
| **Co możemy zrobić, aby Pan/ Pani czuł/a się komfortowo, korzystając ze wsparcia w ramach projektu?** | **** dostępność architektoniczna na przykład: wejście na poziomie terenu wokół budynku, pochylnia, winda**** przygotowanie materiałów informacyjnych/szkoleniowych wydrukowanych większą czcionką niż standardowa**** materiały w alfabecie Braille’a**** tłumacz polskiego języka migowego (PJM)**** tłumacz systemu językowo-migowego (SJM)**** pętla indukcyjna**** wsparcie asystenta na przykład: osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością ruchową**** obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością**** specjalne potrzeby żywieniowe**** zapewnienie warunków dla psa asystującego**** wydłużenie czasu wsparcia wynikające z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust**** inne, jakie:……………………………………………………………………………………. |

**OŚWIADCZENIA KANDYDATA/ KANDYDATKI DO PROJEKTU**

Ja, niżej podpisany/a składając Formularz zgłoszeniowy deklaruję chęć swojego udziału w projekcie pn.: "**„Równe szanse - kompleksowe usługi społeczno-zdrowotne na rzecz seniorów i osób z niepełnosprawnościami**" realizowanym w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027), Priorytet 5. Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+), Działanie 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa
w projekcie pn.: „***„Równe szanse - kompleksowe usługi społeczno-zdrowotne na rzecz seniorów i osób z niepełnosprawnościami"** oraz *Regulaminem korzystania ze wsparcia dla opiekunów faktycznych* w ramach projektu i akceptuję ich treści bez zastrzeżeń.

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału
w projekcie. , tj.:

* jestem opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej, objętej wsparciem w ramach projektu „Równe szanse – kompleksowe usługi społeczno-zdrowotne na rzecz seniorów i osób z niepełnosprawnościami”.

Oświadczam, że znane mi są założenia projektu i zobowiązuje się – w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie do aktywnego i systematycznego uczestnictwa w przyznanych mi formach wsparcia.

1. Wyrażam zgodę - w przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie - na poddanie się badaniom ewaluacyjnym prowadzonym przez Realizatora projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej w trakcie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.
2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że niniejszy projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus i budżetu państwa.
3. O wszelkich zmianach, w szczególności o zmianie danych teleadresowych, niezwłocznie poinformuję Realizatora projektu.

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że wszystkie dane oraz informacje zawarte w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym i załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
/miejscowość i data/ podpis kandydata/ kandydatki do projektu

**POUCZENIE:**

Art.233 §1 Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5

§6 Przepisy § 1–3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej

**Oświadczam, że zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności karnej. Powyższe pouczenie zrozumiałem/am i przyjąłem/am do wiadomości i stosowania, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

 ……………………………………………………..

 data i podpis

1. Emeryta lub rencistę, który spełnia warunki definicji wskaźnika dot. osób bezrobotnych objętych wsparciem (tj. pozostaje bez pracy, jest gotowy do podjęcia pracy i aktywnie poszukuje zatrudnienia) należy traktować jako osobę bezrobotną. [↑](#footnote-ref-1)
2. Osoba bezrobotna w rozumieniu definicji osoby bezrobotnej zarejestrowanej w ewidencji urzędów pracy. Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny" różni się w zależności od wieku:

Młodzież ( 25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (6 miesięcy)

Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). [↑](#footnote-ref-2)