**FORMULARZ REKRUTACYJNY I KARTA ZGŁOSZENIA**

**DLA OSOBY ZALEŻNEJ**

**,,Ponadgminne Centrum Wsparcia Osób Niesamodzielnych oraz Ich Opiekunów"**

nr projektu **FEMP.08.06-IP.01-1310/24** realizowanego w ramach Fundusze Europejskie dla sprawiedliwej Transformacji Małopolski Zachodniej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027

|  |  |
| --- | --- |
| **UZUPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA FORMULARZ** | |
| Data i godzina przyjęcia formularza |  |
| Podpis osoby przyjmującej formularz |  |
| Indywidualny numer kandydata |  |

**Wszystkie pola muszą być wypełnione.**

**Prosimy o czytelne wypełnienie formularza, najlepiej DRUKOWANYMI LITERAMI**

1. **DANE KANDYDATA – OSOBA ZALEŻNA (NIESAMODZIELNA)**

Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – **Tak** ❒ **/ Nie** ❒

**Jeżeli Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko ……………………………………………………………….……..............

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ:** |  |
| **NAZWISKO:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **PŁEĆ (K/M):** |  |
| **WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:** |  |
| **WYKSZTAŁCENIE:** | ❒ niższe niż podstawowe  ❒ podstawowe  ❒ gimnazjalne  ❒ ponadgimnazjalne  ❒ policealne  ❒ wyższe |
| **DANE KONTAKTOWE:** | |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica: |  |
| Nr budynku: |  |
| Nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| Adres e-mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:** | |
| * osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | * osoba długotrwale bezrobotna * inne |
| * osoba bezrobotna zarejestrowana  w ewidencji urzędów pracy | * osoba długotrwale bezrobotna * inne |
| * osoba bierna zawodowo | * osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu * osoba ucząca się   w tym: planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia: ………………………….   * inne |
| * osoba pracująca |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane dotyczące stopnia niepełnosprawności w chwili przystąpienia do projektu:** | |
| Grupa/stopień niepełnosprawności | * umiarkowany * znaczny |
| Czy występuje niepełnosprawność sprzężona? | * TAK * NIE |
| Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:   * dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa) * dysfunkcja narządu * zaburzenia psychiczne * dysfunkcje o podłożu neurologicznym * dysfunkcja narządu mowy i słuchu * pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne   Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną? :  ...................................................................................................……………………………………......................... | |

1. Czy porusza się Pan(i):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **W domu** | samodzielnie ❒ | 1. z pomocą sprzętów ortopedycznych itp**.** 2. ❒ | nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych  ❒ |
| **Poza miejscem**  **zamieszkania** | samodzielnie ❒ | z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ❒ | nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych  ❒ |

1. Czy do poruszania się poza miejscem zamieszkania, potrzebne jest czyjeś wsparcie **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
2. Jeśli tak, to jakiego typu wsparcie? ..................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. Czy jest Pan(i) osobą samotnie gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? **Tak** ❒ **/ Nie** ❒

5. Czy jest Pan(i) osobą wspólnie zamieszkującą i gospodarującą z inną osobą z niepełnosprawnością, bez możliwości korzystania ze wsparcia bliskich? **Tak** ❒ **/ Nie** ❒

6. Jakie trudności/przeszkody napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania/poza miejscem zamieszkania? ..........................................................................................................................................

*…………………………………………………………………………………………………………………………….................................*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

**II. KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE:**

**KRYTERIA FORMALNE** (należy zaznaczyć właściwe pola)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Niniejszym oświadczam, że:** | | |
| **jestem osobą zależną (niesamodzielną)** – tj. osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego[[1]](#footnote-1) | TAK | NIE |
| **moje miejsce zamieszkania** znajduje się **na terenie jednej z Gmin: Spytkowice, Polanka Wielka, Tomice, Brzeźnica, Przeciszów, Zator** | TAK | NIE |

**III. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA**:

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie:

1. Płeć: ………………………………….
2. Wiek:………………………………..
3. Inne np.: zainteresowania, posiadane umiejętności:

…………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………

1. Czy wskazuje Pan(i) asystenta? **Tak** ❒ **/ Nie** ❒

**Jeżeli Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu: ......................................................

………………………………………………………………………………………….…………..……………………………………………………

1. W jakich godzinach /porach dnia/ w jakich dniach potrzebne będzie wsparcie?

……………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………

1. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?

……………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………

1. W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent - zakres czynności asystenta w szczególności ma dotyczyć:
   1. **Wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej:**
      1. ubieranie **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
      2. korzystanie z toalety  **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
      3. mycie głowy, mycie ciała, kąpiel **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
      4. czesanie  **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
      5. golenie **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
      6. wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu  **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
      7. obcinanie paznokci rąk i nóg **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
      8. zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło/fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
      9. zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
      10. zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
      11. przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
      12. słanie łóżka i zmiana pościeli **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
   2. **Wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:**
      1. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
      2. dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
      3. w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
      4. utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
      5. pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
      6. podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
      7. transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
2. **Wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:**
   1. pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
   2. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
   3. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
   4. pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
   5. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
   6. transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta  **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
3. **Wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:**
   1. obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
   2. wyjście na spacer **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
   3. asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
   4. załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej **Tak** ❒**/ Nie** ❒
   5. pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
   6. wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
   7. notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
   8. pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, itp. **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
   9. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
   10. w razie potrzeby, wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji **Tak** ❒ **/ Nie** ❒

8. Czy jest Pan(i) w stanie/czuje się kompetentny, aby przeszkolić asystenta do wykonywania dla Pana(i) wybranych usług asystencji osobistej? **Tak** ❒ **/ Nie** ❒

**IV. DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:**

1. Czy do tej pory korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak** ❒ **/ Nie** ❒
2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......

...................................................................................................................................................................

1. Czy w bieżącym roku kalendarzowym korzysta Pan(i) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej? **Tak** ❒ **/ Nie** ❒

**Jeżeli Tak**, proszę o podanie:

* 1. limitu przyznanych godzin: ……….
  2. limitu wykorzystanych godzin: ……….
  3. nazwy Realizatora Programu, z ramienia którego usługi są/były dla Pana/Pani realizowane:

…………………………………………………………….……….

**V. OŚWIADCZENIA:**

W związku z przystąpieniem do projektu **,,Ponadgminne Centrum Wsparcia Osób Niesamodzielnych oraz Ich Opiekunów"** oświadczam, że:

1. Wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w projekcie ,,Ponadgminne Centrum Wsparcia Osób Niesamodzielnych oraz Ich Opiekunów";
2. Zostałam/em poinformowana/y, że projekt „Ponadgminne Centrum Wsparcia Osób Niesamodzielnych oraz Ich Opiekunów” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Sprawiedliwej Transformacji;
3. Dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Fundację Rozwoju Przedsiębiorczości i Inicjatyw Społecznych Proelio w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. Zostałam pouczona/y o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
4. Zapoznałam/em się z *Regulaminem uczestnictwa w projekcie* ,,Ponadgminne Centrum Wsparcia Osób Niesamodzielnych oraz Ich Opiekunów*”*, akceptuję jego treść i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nim zawartych;
5. Spełniam wszystkie kryteria dostępu (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie;
6. Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku przez Fundacja Rozwoju Przedsiębiorczości i Inicjatyw Społecznych Proelio w celach realizacji i promocji projektu ,,Ponadgminne Centrum Wsparcia Osób Niesamodzielnych oraz Ich Opiekunów";
7. Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału   
   w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych   
   w projekcie.
8. W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie wyrażam zgodę na podanie wszystkich danych, o których mowa w Wytyczne dotyczące warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2021-2027 i w Wytyczne dotyczące monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej). Mam prawo do dostępu do moich danych osobowych oraz do ich poprawiania.
9. Oświadczam, że nie jestem uczestnikiem innego projektu realizowanego w tym samym czasie w Funduszu Sprawiedliwej Transformacji, w którym przewidziane formy wsparcia uczestnika są tego samego rodzaju lub zmierzają do tego samego celu/korzyści dla uczestnika projektu.
10. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowania przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
11. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej nie będą mi świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283), inne usługi finansowane w ramach Funduszu albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub usługi obejmujące analogiczne wsparcie, o którym mowa w części IV ust. 13 Programu finansowane ze środków publicznych.

Miejscowość ………………………………., data ………………

..…………………………………………………………………….

(Podpis uczestnika Projektu /opiekuna prawnego)

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym przez Współadministratorów – Fundację Rozwoju Przedsiębiorczości i Inicjatyw Społecznych PROELIO oraz Biznes, Innowacje, Szkolenia s.c. Katarzyna Burzyńska–Ptaszek, Wojciech Burzyński – w celu wzięcia udziału w procesie rekrutacji do Projektu „Ponadgminne Centrum Wsparcia Osób Niesamodzielnych oraz ich Opiekunów”, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych znajdują się w § 13 Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Ponadgminne Centrum Wsparcia Osób Niesamodzielnych oraz ich Opiekunów”.

*..........................................................................*

*data i czytelny podpis Kandydata/Kandydatki*

1. [↑](#footnote-ref-1)