



Fundusze Europejskie
dla Małopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji oraz uczestnictwa w projekcie
„Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie **„Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”**, w ramach którego działa Centrum Wsparcia Opiekunów dofinansowanego ze środków Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie - ZIT

Wnioskuję o wsparcie w formie: (należy zaznaczyć właściwe pola)

Działania edukacyjno-doradcze	☐ szkolenie (instruktaż) opiekuńcze
	☐ usługi menagera opieki
	☐ grupa wsparcia
	☐ wsparcie psychologiczne
Opieka wytchnieniowa w formie dziennej	☐ ze wskazaniem opiekuna
	☐ bez wskazania opiekuna
Usługi opiekuńcze	☐
usługi wypożyczalni sprzętu medycznego	☐ (należy wskazać rodzaj sprzętu) wraz z transportem: TAK ☐ NIE ☐
wczesna opieka poszpitalna	☐



1. Dane kandydata - opiekuna faktycznego/nieformalnego

IMIĘ:			
NAZWISKO:			
PESEL:		Płeć K/M:	
DANE TELEADRESOWE:			
Kraj:	Polska		
Województwo:	małopolskie		
Powiat:	tarnowski	Gmina:	Tuchów
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Ulica:			
Telefon kontaktowy:			
Adres e-mail:			

2. Dane kandydata – osoby wymagającej wsparcia*

IMIĘ:			
NAZWISKO:			
PESEL:		Płeć K/M:	
DANE TELEADRESOWE:			
Kraj:	Polska		
Województwo:	małopolskie		
Powiat:	Tarnowski	Gmina:	Tuchów
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Ulica:			
Telefon kontaktowy:			
Adres e-mail:			

*w przypadku braku opiekuna wypełnia osoba wymagająca pomocy



3.Kryteria rekrutacji:

a.KRYTERIA OBLIGATORYJNE: (należy zaznaczyć właściwe pola)

Niniejszym oświadczam, że:		
Jestem opiekunem faktycznym (nieformalnym)¹ osoby, która wymaga wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, 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.	TAK ☐	NIE ☐
Należy wypełnić: Ankietę poziomu niesamodzielnosci-skale KATZ (ADL) oraz załączyć oświadczenie o sprawowaniu opieki nad osobą niesamodzielną	TAK ☐	NIE ☐
1. Moje miejsce zamieszkania znajduje się na terenie Gminy Tuchów. 2. Miejsce zamieszkania osoby, która się opiekuje znajduje się na terenie Gminy Tuchów. Należy załączyć oświadczenie o zamieszkaniu na terenie gminy Tuchów	TAK ☐ TAK ☐	NIE ☐ NIE ☐
Nie jestem uczestnikiem/uczestniczką innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach FEM 2021–2027, w którym przewidziane formy wsparcia są tego samego rodzaju lub zmierzają do tego samego celu/korzyści dla uczestnika/uczestniczki projektu.	TAK ☐	NIE ☐

¹Opiekun faktyczny (nieformalny)- osoba opiekująca się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niebędąca opiekunem formalnym (zawodowym) i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki (nie dotyczy rodziców zastępczych), najczęściej członek rodziny, osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą, osoba bliska, wolontariusz.



Fundusze Europejskie
dla Małopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

Ankieta poziomu niesamodzielności (należy zaznaczyć właściwe pola)

Niniejszym przedstawiam ankietę poziomu niesamodzielności mojego podopiecznego:			
Czynność	Opis	Osoba samodzielna	
		TAK	NIE
Kąpanie się	Nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała gąbką, kąpiel w wannie/ prysznic	☐	☐
Ubieranie się i rozbieranie	Ubiera się bez żadnej pomocy, z wyjątkiem wiązania sznurówek	☐	☐
Korzystanie z toalety	Idzie to toalety, korzysta z toalety, poprawia ubranie, wraca z toalety bez żadnej pomocy (może używać jako podpory laski lub chodzika albo też korzystać w nocy z basenu lub nocnika)	☐	☐
Wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel	Przemieszcza się z/do łóżka lub na krzesło bez pomocy (może korzystać z laski lub chodzika)	☐	☐
Samodzielne jedzenie	Odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem ewentualnego krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem)	☐	☐
Kontrolowane wydalanie moczu i stolca	Całkowicie panuje nad zwieraczami (bez sporadycznych epizodów nietrzymania)	☐	☐

Wyniki (opis):

5-6 – osoby sprawne, 3-4 – osoby umiarkowanie niesprawne, 2 i mniej niż 2 – osoby znacznie niesprawne

*** Pomoc edukacyjno-doradcza i w dostępie do sprzętu rehabilitacyjnego zostanie udzielono każdemu opiekunowi po spełnieniu wymogów formalnych.**



b. KRYTERIA PREFERENCJI*: (należy zaznaczyć właściwe pola - dotyczy osoby zależnej)

Niniejszym oświadczam, że przysługują mi preferencje w dostępie do oferowanych usług z uwagi na spełnianie następujących kryteriów:	
Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności Należy załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. orzeczenie o niepełnosprawności	☐
Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną² . Należy załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. orzeczenie o niepełnosprawności	☐
Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną . Należy załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. orzeczenie o niepełnosprawności	☐
Jestem osobą cierpiącą na chorobę psychiczną . Należy załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. dokumentację medyczną, zaświadczenie lekarskie	☐
Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10). Należy załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. dokumentację medyczną, zaświadczenie lekarskie	☐
Jestem osobą korzystającą z FE PŻ . Należy załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. zaświadczenia o korzystaniu z programu FE PŻ	☐
Jestem osobą zamieszkującą samotnie . Należy załączyć: oświadczenie lub potwierdzenie z Ośrodka Pomocy Społecznejw Tuchowie.	☐

² Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną – osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności



Jestem **osobą w kryzysie bezdomności, dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożoną bezdomnością³** (w zakresie wsparcia mieszkaniowego).

☐

Należy załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. dokumentację z Ośrodka Pomocy Społecznej w Tuchowie.

Jestem **dzieckiem wychowującym się poza rodziną biologiczną.**

☐

Należy załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. dokumentację z ośrodka pomocy społecznej

Czy są usługi, których Pan/Pani będzie potrzebować w przypadku obecności w siedzibie Projektu - proszę zaznaczyć wybraną opcję:

☐

pętla indukcyjna

☐

wsparcie asystenta na przykład: osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością ruchową

☐

obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością

☐

obecność tłumacza języka migowego

☐

Zapewnienie warunków dla psa asystującego

☐

inne

.....

.....

data

czytelny podpis

³Osoba w kryzysie bezdomności, dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożona bezdomnością – osoba:

a) bezdomna w rozumieniu art. 6 pkt 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zm.), czyli osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowana na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym i zameldowana na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania;

b) znajdującą się w sytuacjach określonych w Europejskiej Typologii Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS w kategoriach operacyjnych: bez dachu nad głową, bez mieszkania, w niezabezpieczonym mieszkaniu, w nieodpowiednim mieszkaniu;

zagrożona bezdomnością - osoba znajdującą się w sytuacji wykluczenia mieszkaniowego zgodnie z typologią ETHOS, osoba bezpośrednio zagrożona eksmisją lub utratą mieszkania, a także osoba wcześniej doświadczająca bezdomności, zamieszkująca mieszkanie i potrzebująca wsparcia w utrzymaniu mieszkania.



Fundusze Europejskie
dla Małopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

Oświadczenia

W związku z przystąpieniem do projektu „*Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu*”:

1. wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w projekcie „*Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu*”.
2. zostałam/em poinformowana/y że projekt „*Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu*” **jest dofinansowany przez Unię Europejską**, w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
3. Dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować realizatora projektu – Ośrodek Pomocy Społecznej w Tuchowie, w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. Zostałam pouczone/a/y o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
4. Zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „*Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu*”, akceptuję ich treść i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nich zawartych;
5. Spełniam kryteria rekrutacji dopuszczające do udziału w projekcie.

data

czytelny podpis

.....

.....