

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu

„Uruchomienie Centrum Wsparcia Nieformalnych Opiekunów Osób Niezależnych w Głogoczowie”, realizowanego w ramach 9. Osi Priorytetowej, Region spójny społecznie, Działania 9.2, Poddziałania 9.2.3 Usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa - SPR Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

<b>Data zgłoszenia:</b>		<b>ID:</b>	
Opiekun nieformalny osoby niezależnej:		<b>TAK</b> <input type="checkbox"/>	<b>NIE</b> <input type="checkbox"/>
Osoba niezależna:		<b>TAK</b> <input type="checkbox"/>	<b>NIE</b> <input type="checkbox"/>
<b>Dane uczestnika:</b>			
Imię:		Nazwisko:	
PESEL:			
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:			

### CZĘŚĆ A DOTYCZY OSOBY NIEZALEŻNEJ

(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)

1. Nazwisko i Imię / Imiona	
2. Płeć	
Kobieta <input type="checkbox"/>	Mężczyzna <input type="checkbox"/>
3. Pesel:	
4. Adres e-mail:	
3. Adres zamieszkania	
Ulica, nr domu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Gmina:	
Powiat:	
Województwo:	

KRYTERIA PODSTAWOWE			
osoby niesamodzielne zamieszkujące w województwie małopolskim (za wyjątkiem Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Krakowa – Metropolia Krakowska)	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
osoby niesamodzielne ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia, niepełnosprawność wymagającej opieki lub wsparcia, w związku z niemożnością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności życia codziennego według skali KATZA	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
opiekunowie nieformalni	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

I.p.	KRYTERIA PREMIUJĄCE			Punkty 0 – 9	
1.	znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
2.	osoba z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (wymagane będzie zaświadczenie lekarskie lub zaświadczenie o niepełnosprawności)	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
3.	osoba samotnie gospodarująca, nie mogąca liczyć na rodzinę lub osoby trzecie (weryfikacja na podstawie oświadczenia składanego na etapie rekrutacji)	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
4.	występowanie przynajmniej jednego z wymienionych problemów: poczucie osamotnienia, inne niekorzystne stany emocjonalne, frustracja, problemy w relacjach z rodziną, trudności w organizowaniu czasu wolnego (brak umiejętności w tym zakresie), weryfikacja na podstawie oświadczenia podczas rekrutacji	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
5.	odległość od ośrodków pomocowych (15 km lub więcej)	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
6.	Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczających wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako więcej niż jednej przesłanki.	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Działanie 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne.  
Numer projektu: RPMP.09.02.03-12-0441/19

7.	osoby z niepełnosprawnościami lub osoby niesamodzielne, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej – w przypadku usług asystenckich i opiekuńczych lub opiekunowie nieformalni, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej – w przypadku usług asystenckich i opiekuńczych - osoby te będą miały pierwszeństwo udziału w proj.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
8.	osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (zakres wsparcia dla tych osób nie może powielać działań, które dana osoba otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
9.	osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	

## CZĘŚĆ B

### DOTYCZY OPIEKUNA NIEFORMALNEGO OSOBY NIESAMODZIELNEJ

(osoba pełnoletnia, opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędącą opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną)

#### I. INFORMACJE O OPIEKUNIE OSOBY NIESAMODZIELNEJ

1. Nazwisko i Imię / Imiona	
2. Płeć	
Kobieta <input type="checkbox"/>	Mężczyzna <input type="checkbox"/>
3. PESEL:	
4. Adres e-mail:	
3. Adres zamieszkania	
Ulica, nr domu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy	
Poczta	
Gmina	
Powiat	
Województwo	

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Działanie 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne.  
Numer projektu: RPMP.09.02.03-12-0441/19

## II. ANKIETA DOTYCZĄCA KRYTERIÓW KWALIFIKACYJNYCH OPIEKUNA OSOBY NIESAMODZIELNEJ

Sprawowanie opieki jako opiekun nieformalny nad osobą niesamodzielną	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Osoba wypełniła formularz zgłoszeniowy	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Osoba złożyła oświadczenie w sprawie przetwarzania danych osobowych	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Dochód na osobę w gospodarstwie domowym jest poniżej 150% kryterium dochodowego o którym mowa w Ustawie o pomocy społecznej	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Brak innych opiekunów nieformalnych w odniesieniu do osoby zależnej	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi;	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 – 2020 (zakres wsparcia dla tych osób nie może powielać działań, które dana osoba otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ;	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

### CZĘŚĆ C

#### WYPEŁNIA KOMISJA REKRUTACYJNA

Czy złożono komplet dokumentów	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy pod względem formalnym osoba spełnia kryteria uczestnika projektu	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy osoba została zakwalifikowana do projektu	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Suma punktów za kryteria premiujące: .....

Termin rozpoczęcia udziału w projekcie: .....

Termin zakończenia udziału w projekcie: .....

#### WSPARCIE UCZESTNIKA W RAMACH PROJEKTU

	PLANOWANE	UDZIELONE
Wsparcie doradcze		
Opieka zastępcza wytchnieniowa	od:            do:	
Indywidualne szkolenia stacjonarne		
Indywidualne szkolenia mobilne		
Dodatkowe uwagi:		

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Działanie 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne.  
Numer projektu: RPMP.09.02.03-12-0441/19

## KOMISJA REKRUTACYJNA:

1. ....  
.....  
podpis

2. ....  
.....  
podpis

3. ....  
.....  
podpis

.....  
(miejsowość, data)