



Załącznik nr 1B do Zasad rekrutacji
do projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami
niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami
niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie

OSOBA NIESAMODZIELNA

1. Dane kandydata – osoba niesamodzielną

IMIĘ:		
NAZWISKO:		
PESEL:		
PŁEĆ (K/M):		
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:		
WYKSZTAŁCENIE: (należy zaznaczyć właściwe pola)	☐ 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:		

SZCZEGÓŁY WSPARCIA:

Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: (należy zaznaczyć właściwe pola)	☐ 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	w tym: ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej ☐ osoba pracująca w MMŚP ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ☐ inne
		Wykonywany zawód: ☐ instruktor praktyczne nauki zawodu ☐ nauczyciel kształcenia ogólnego ☐ nauczyciel wychowania przedszkolnego ☐ pracownik kształcenia zawodowego ☐ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ☐ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej ☐ pracownik instytucji rynku pracy ☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ☐ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ☐ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej ☐ pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej ☐ rolnik ☐ inny
		Zatrudniony w (wpisać miejsce zatrudnienia)
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu: (należy zaznaczyć właściwe pola)	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia: ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji* ☐ Tak	
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: ☐ Nie ☐ Tak	
	Osoba z niepełnosprawnościami ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji* ☐ Tak	
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji* ☐ Tak	

* Uczestnik projektu ma prawo odmowy podania danych wrażliwych. W takiej sytuacji należy zaznaczyć w formularzu odpowiedź „odmowa podania informacji”, co stanowi potwierdzenie, że Miejskie Centrum Opieki w Krakowie podjęło działania w celu zebrania przedmiotowych danych.

Uwaga: odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w odniesieniu do cechy, która stanowi przesłankę przyznania wsparcia (np. niepełnosprawność uczestnika), skutkuje brakiem możliwości weryfikacji jego kwalifikowalności oraz **prowadzi do niezakwalifikowania go do udziału w projekcie.**

2. Kryteria udziału w projekcie

a. KRYTERIA DOSTĘPU (należy zaznaczyć właściwe pola)

Niniejszym oświadczam, że:		
jestem osobą niesamodzielną – tj. osobą, 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 ¹	TAK ☐	NIE ☐
jestem osobą powyżej 60 roku życia	TAK ☐	NIE ☐
moje miejsce zamieszkania znajduje się na terenie Gminy Wieliczka lub Gminy Miejskiej Kraków	TAK ☐	NIE ☐
ja (osoba niesamodzielną) oraz mój opiekun nieformalny znajdujemy się w trudnej sytuacji materialnej ² – w przypadku wnioskowania o usługi opiekuńcze	TAK ☐	NIE ☐
ani ja (osoba niesamodzielną) ani opiekun nieformalny nie jesteśmy uczestnikami innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach RPO WM 2014-2020, w którym przewidziane formy wsparcia uczestnika są tego samego rodzaju lub zmierzają do tego samego celu/korzyści dla uczestnika projektu.	TAK ☐	NIE ☐

b. KRYTERIA PREMIUJĄCE (należy zaznaczyć właściwe pola)

Niniejszym oświadczam, że przysługują mi preferencje w dostępie do oferowanych usług z uwagi na spełnianie następujących kryteriów premiujących:		
K.P.1 preferencje otrzymują osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z poniższych przesłanek:	TAK ☐	NIE ☐
	należy wskazać, które kryterium jest spełnione	
1. osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;	☐	
2. osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;	☐	
3. osoby przebywające w pieczy zastępczej ³ lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;	☐	
4. osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969);	☐	
5. osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, z późn. zm.);	☐	

¹ wymagane jest złożenie wraz z formularzem zgłoszeniowym ankiety poziomu niesamodzielnności podopiecznego, sporządzonej z zastosowaniem skali Katza ADL, stanowiącej część niniejszego formularza.

² Niniejsze oświadczenie w dalszej procedurze rekrutacji podlegać będzie weryfikacji w ramach oceny sytuacji materialnej i życiowej (rodzinnej i zawodowej) osoby niesamodzielną oraz opiekunów faktycznych.

³ W tym również osoby przebywające w pieczy zastępczej na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

6. osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;	☐	
7. członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;	☐	
8. osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;	☐	
9. osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;	☐	
10. osoby odbywające kary pozbawienia wolności;	☐	
11. osoby korzystające z PO PŻ.	☐	
K.P.2 preferencje otrzymują osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu <u>niepełnosprawności</u>	TAK ☐	NIE ☐
K.P.3 preferencje otrzymują osoby z <u>niepełnosprawnością sprzężoną</u> oraz osoby z <u>zaburzeniami psychicznymi</u> , w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	TAK ☐	NIE ☐
K.P.4 preferencje otrzymują osoby z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, których dochód nie przekracza <u>150% właściwego kryterium dochodowego</u> (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	TAK ☐	NIE ☐
K.P.5 preferencje otrzymują osoby korzystające z <u>Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014- 2020</u> (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 ☐	NIE ☐
K.P.6 preferencje otrzymują osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z <u>rewitalizacją obszarów zdegradowanych</u> , o której mowa w Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020.	TAK ☐	NIE ☐
K.P.DODATKOWE – preferencje otrzymują osoby (podopieczni) po udarach mózgu, cierpiące na chorobę Parkinsona, Alzheimer'a i inne zespoły otępienne	TAK ☐	NIE ☐

Na potwierdzenie spełniania ww. kryteriów przedstawiam następujące dokumenty (należy wymienić):

1.
2.
3.
4.
5.

3. Ankieta poziomu niesamodzielności (należy zaznaczyć właściwe pola)

Niniejszym przedstawiam ankietę poziomu niesamodzielności:

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

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

Oświadczenia

W związku z przystąpieniem do projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” oświadczam, że:

1. wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w projekcie Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”;
2. zostałam/em poinformowana/y że projekt „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
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 Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. Zostałem pouczone o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
4. zapoznałam/em się z *Zasadami rekrutacji do projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” nr RPMP.09.02.02-12-0449/19*, akceptuję ich treść i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nich zawartych;
5. spełniam wszystkie kryteria dostępu (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie;
6. wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku przez Miejskie Centrum Opieki w Krakowie w celach realizacji i promocji projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”;
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.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

OPIEKUN NIEFORMALNY

1. Dane kandydata - opiekuna nieformalnego

IMIĘ:	
NAZWISKO:	
PESEL:	
PŁEĆ (K/M):	
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:	
WYKSZTAŁCENIE: (należy zaznaczyć właściwe pola)	☐ 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:	

SZCZEGÓŁY WSPARCIA:

Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: (należy zaznaczyć właściwe pola)	☐ 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	w tym: ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej ☐ osoba pracująca w MMŚP ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ☐ inne

	Wykonywany zawód: ☐ instruktor praktyczne nauki zawodu ☐ nauczyciel kształcenia ogólnego ☐ nauczyciel wychowania przedszkolnego ☐ pracownik kształcenia zawodowego ☐ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ☐ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej ☐ pracownik instytucji rynku pracy ☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ☐ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ☐ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej ☐ pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej ☐ rolnik ☐ inny
	Zatrudniony w (wpisać miejsce zatrudnienia)
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu: (należy zaznaczyć właściwe pola)	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia: ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji* ☐ Tak
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: ☐ Nie ☐ Tak
	Osoba z niepełnosprawnościami ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji* ☐ Tak
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji* ☐ Tak

* Uczestnik projektu ma prawo odmowy podania danych wrażliwych. W takiej sytuacji należy zaznaczyć w formularzu odpowiedź „odmowa podania informacji”, co stanowi potwierdzenie, że Miejskie Centrum Opieki w Krakowie podjęło działania w celu zebrania przedmiotowych danych.

Uwaga: odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w odniesieniu do cechy, która stanowi przesłankę przyznania wsparcia (np. niepełnosprawność uczestnika), skutkuje brakiem możliwości weryfikacji jego kwalifikowalności oraz **prowadzi do niezakwalifikowania go do udziału w projekcie.**

2. Kryteria udziału w projekcie

a. KRYTERIA DOSTĘPU (należy zaznaczyć właściwe pola)

Niniejszym oświadczam, że:		
jestem opiekunem osoby niesamodzielnej – tj. osobą pełnoletnią opiekującą się osobą niesamodzielną, niebędącą opiekunem zawodowym i niepobierającą wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członkiem rodziny	TAK ☐	NIE ☐
moje miejsce zamieszkania znajduje się na terenie Gminy Wieliczka lub Gminy Miejskiej Kraków	TAK ☐	NIE ☐

ja (opiekun nieformalny) oraz mój podopieczny (osoba niesamodzielną) znajdujemy się w trudnej sytuacji materialnej ⁴ – w przypadku wnioskowania o usługi opiekuńcze	TAK ☐	NIE ☐
ani ja (opiekun formalny) ani mój podopieczny (osoba niesamodzielną) nie jesteśmy uczestnikami innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach RPO WM 2014-2020, w którym przewidziane formy wsparcia uczestnika są tego samego rodzaju lub zmierzają do tego samego celu/korzyści dla uczestnika projektu.	TAK ☐	NIE ☐

3. Dane podopiecznego – osoby niesamodzielną

IMIĘ:	
NAZWISKO:	

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

4 Niniejsze oświadczenie w dalszej procedurze rekrutacji podlegać będzie weryfikacji w ramach oceny sytuacji materialnej i życiowej (rodzinnej i zawodowej) osoby niesamodzielną oraz opiekunów faktycznych.

Oświadczenia

W związku z przystąpieniem do projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” oświadczam, że:

8. wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w projekcie Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”;
9. zostałam/em poinformowana/y że projekt „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
10. 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 Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnymi w Krakowie w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. Zostałem pouczone o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
11. zapoznałam/em się z *Zasadami rekrutacji do projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” nr RPMP.09.02.02-12-0449/19*, akceptuję ich treść i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nich zawartych;
12. spełniam wszystkie kryteria dostępu (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie;
13. wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku przez Miejskie Centrum Opieki w Krakowie w celach realizacji i promocji projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”;
14. 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.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis