

***Załącznik nr 1 do Zasad rekrutacji i kwalifikacji
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” 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)

wczesna opieka poszpitalna	☐
usługi menadżera opieki	☐
opieka wytchnieniowa:*	☐ całodobowa
	☐ dzienna - w wymiarze 9 godzin dziennie (wsparcie opiekuna i pielęgniarke)
	☐ dzienna - w wymiarze 6 godzin dziennie (wsparcie opiekuna)
usługi wypożyczalni sprzętu medycznego	☐ (należy wskazać rodzaj sprzętu) wraz z transportem: TAK ☐ NIE ☐

* w przypadku usługi opieki wytchnieniowej należy wybrać wyłącznie jedną wybraną formę wsparcia.

1. Dane kandydata - opiekuna faktycznego/nieformalnego

IMIĘ:	
NAZWISKO:	
DANE TELEADRESOWE:	
Kraj:	Polska
Województwo:	małopolskie
Powiat:	Kraków
Gmina:	Kraków
Miejscowość:	Kraków
Kod pocztowy:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	

2. Kryteria rekrutacji:

a. KRYTERIA DOPUSZCZAJĄCE:

(należy zaznaczyć właściwe pola)

Niniejszym oświadczam, że:		
Jestem opiekunem faktycznym (nieformalnym)¹ osoby, 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 obligatoryjnie wypełnić: Ankietę poziomu niesamodzielnosci-skale KATZ (ADL)		
Moje miejsce zamieszkania znajduje się na terenie Gminy Miejskiej Kraków.	TAK ☐	NIE ☐
Należy obligatoryjnie załączyć: dokumenty potwierdzające miejsce zamieszkania np. akt		

¹ Opiekun 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.



własności lokalu, umowa najmu, potwierdzenie zameldowania.		
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 ☐
Jestem osobą pełnoletnią .	TAK ☐	NIE ☐

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 przemieszcza nie 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

b. KRYTERIA PREFERENCJI*: (należy zaznaczyć właściwe pola)

*** Nie dotyczy usługi wczesna opieka poszpitalna** - z uwagi na interwencyjny charakter wsparcia kryteriów preferencji nie stosuje się.

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 obligatoryjnie załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. orzeczenie o niepełnosprawności

☐

Jestem osobą z **niepełnosprawnością sprzężoną²**.

Należy obligatoryjnie załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. orzeczenie o niepełnosprawności

☐

Jestem osobą z **niepełnosprawnością intelektualną**.

Należy obligatoryjnie załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. orzeczenie o niepełnosprawności

☐

Jestem osobą cierpiącą na **chorobę psychiczną**.

Należy obligatoryjnie załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. dokumentację medyczną

☐

Jestem osobą z **całościowymi zaburzeniami rozwojowymi** (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10).

Należy obligatoryjnie załączyć: dokumentację

☐

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

potwierdzającą spełnienie kryterium np. dokumentację medyczną	
Jestem osobą korzystającą z FE PŻ. Należy obligatoryjnie załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. zaświadczenia o korzystaniu z programu FE PŻ	☐
Jestem osobą zamieszkującą samotnie. Należy obligatoryjnie załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. dokumentację z ośrodka pomocy społecznej	☐
Jestem osobą w kryzysie bezdomności, dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożoną bezdomnością³ (w zakresie wsparcia mieszkaniowego). Należy obligatoryjnie załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. dokumentację z ośrodka pomocy społecznej	☐
Jestem dzieckiem wychowującym się poza rodziną biologiczną. Należy obligatoryjnie załączyć: dokumentację potwierdzającą spełnienie kryterium np. dokumentację z ośrodka pomocy społecznej	☐

³ Osoba 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;

c) 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.



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

.....

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 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 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 pouczony o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
4. zapoznałam/em się z Zasadami rekrutacji i kwalifikacji do projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”, akceptuję ich treść i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nich zawartych;
5. spełniam wszystkie kryteria rekrutacji dopuszczające do udziału w projekcie.

data

czytelny podpis

.....

.....