Załącznik nr 1a – Formularz zgłoszeniowy: osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

# Formularz zgłoszeniowy:

# DO USŁUG OPIEKUŃCZYCH

# dla

**osób z niepełnosprawnościami wymagających usług opiekuńczych**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu1** |  |
| **Nr ewidencyjny2** |  |
| **Formularz poprawny formalnie3** | ❏ tak❏ nie |
| **Czy Kandydat kwalifikuje się do udziału w projekcie4?** | ❏ tak❏ nie |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu | **„Ku niezależności – centrum opiekuńczo-asystenckie w Wałbrzychu”** |
| Numer projektu | FEDS.09.01-IP.02-0059/23 |
| Nazwa Programu Operacyjnego | Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027 Fundusz na rzecz Sprawiedliwej Transformacji |
| Nazwa i numer Priorytetu, Działania i Poddziałania w ramach Programu Operacyjnego | Priorytet 9 Fundusze Europejskie na rzecz transformacji obszarów górniczych na Dolnym ŚląskuDziałanie 9.1 Transformacja społeczna |
| Źródło Finansowania | Europejski Fundusz Społeczny Plus oraz budżet państwa |
| Nazwa Beneficjenta | Fundację Pretium |

1 Wypełnia Realizator Projektu

2 j.w.

3 j.w.

4  j.w.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| I | Dane Podstawowe | 1. | Imię/Imiona |  |
| 2. | Nazwisko |  |
| 3. | PESEL |  |
| 4. | Płeć | ❏ kobieta❏ mężczyzna |
| 5. | Data urodzenia |  |
| II | Adres zamieszkania5 | 1. | Ulica |  |
| 2. | Nr domu |  |
| 3. | Nr lokalu |  |
| 4. | Miejscowość |  |
| 6. | Kod pocztowy |  |
| 7. | Powiat |  |
| 8. | Gmina |  |
| 9. | Województwo |  |
| III | Dane kontaktowe | 1. | Numer telefonukontaktowego |  |
| 2. | Adres e-mail |  |
| IV | Wykształcenie | * niższe niż podstawowe
* podstawowe
* gimnazjalne
* ponadgimnazjalne (średnie lub zasadnicze zawodowe)
* policealne (wyższe niż średnie, ale nie wyższe)
* wyższe
 |
| V | Status osoby na rynku pracy w chwiliprzystąpienia do projektu | * osoba bezrobotna niezarejestrowana w rejestrach urzędów pracy6
	+ w tym długotrwale bezrobotna
* osoba bezrobotna zarejestrowana w rejestrach urzędów pracy7
	+ w tym długotrwale bezrobotna
* osoba bierna zawodowo8
* osoba pracująca
 |

5 Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego (KC). W projekcie mogą wziąć udział wyłącznie osoby zamieszkujące w rozumieniu KC obszar subregionu wałbrzyskiego objęty wsparciem FST.

6 Należy załączyć stosowne zaświadczenie z ZUS.

7 Należy załączyć stosowne zaświadczenie z ZUS/PUP.

8 Należy załączyć stosowne zaświadczenie z ZUS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| VI | Status osoby posiadającej status osoby zniepełnosprawnościami9 | * tak
* nie
 |
| VII | Status osoby znajdującej się wszczególnej sytuacji na rynku pracy | * jestem osobą znajdującą się w szczególnej sytuacji na rynku pracy10
* nie jestem osobą znajdującą się w szczególnej sytuacji na rynku pracy
 |
| VIII | Status osobypotrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu11(wymagająca usług opiekuńczych) | * tak
* nie
 |
| IX | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcegopochodzenia | * tak
* nie
 |
| X | Osoba bezdomna lub dotkniętawykluczeniem bez dostępu do mieszkań | * tak
* nie
 |
| XI | Specjalne potrzeby wynikające np. zniepełnosprawności: | * tak

…………………………………………………………………………………..(krótki opis)* nie
 |
| XII | Kryteria premiujące nieobowiązkowe  | Osoba pozostająca pod opieką osoby niepracującej* tak
* nie

Imię i nazwisko opiekuna faktycznego………………………………………….Data ustania ostatniego zatrudnienia opiekuna faktycznego……………………………………….. |
| **XI Oświadczenia** |
| 1. Oświadczam, że podane przeze mnie dane zawarte w niniejszym dokumencie, jak również w innych dokumentach dołączonych do niniejszego formularza zgłoszeniowe są prawdziwe i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach w tym np. o zmianie: nr telefonu, adresu,statusu na rynku pracy.2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie nr FEDS.09.01-IP.02-0059/23 pn. **„Ku niezależności – centrum opiekuńczo-asystenckie w Wałbrzychu”** oraz z załącznikami do ww. regulaminu i w pełni akceptuję jego warunki.Data……./……/……………r. ……………………………………………………………………(podpis  |

9 Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć odpowiednie orzeczenie lekarskie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. Osoba z niepełnosprawnościami – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2023 poz. 100 ze zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123.

10 Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć oświadczenie o znajdowaniu się w szczególnej sytuacji na rynku pracy.

11 Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć odpowiednie zaświadczenie lekarskie lub inny dokument potwierdzający status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Osoba potrzebująca 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.

W załączeniu przedkładam (jeśli dotyczy):

* Zaświadczenie z ZUS potwierdzające status osoby bezrobotnej /biernej– załącznik 1
* Oświadczenie o znajdowaniu się w trudnej sytuacji na rynku pracy – załącznik 2
* Oświadczenie uczestnika projektu o statusie osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – załącznik 3
* Zaświadczenie z PUP potwierdzające status osoby bezrobotnej
* Kserokopię dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności – orzeczenie lekarskie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia
* inne

Załącznik 1 zaświadczenie z ZUS potwierdzające status osoby bezrobotnej/biernej zawodowo

# Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w………………………….

**……………………………….. Miejscowość i data**

# ZAŚWIADCZENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych zaświadcza, że Pan/Pani…………………………………………………………..

PESEL na dzień wystawienia zaświadczenia1:

1. nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym z tytułów, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1-6, 8, 10-20 i 22 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych2,
2. podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym jako pracownik i jednocześnie w okresie do przebywał/a na urlopie wychowawczym (według raportów rozliczeniowych z

ostatniego okresu, za który płatnik składek miał obowiązek przekazania dokumentów do ZUS),

1. podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym od dnia 3z

tytułu 4

Cel wydania zaświadczenia: *potwierdzenie statusu osoby bezrobotnej/biernej zawodowo w związku z ubieganiem się o wsparcie w projekcie współfinansowanym ze środków Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji.*

1 Należy wskazać jednoznacznie tylko jeden podpunkt poprzez skreślenie pozostałych.

2 (Dz. U. z 2020 r. poz. 266 ze zm.)

3 Należy wypełnić wyłącznie w przypadku, jeżeli istnieje aktualny tytuł do ubezpieczeń społecznych wskazany w art. 6 ust. 1 pkt 1-6, 8, 10-20 i 22 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych

4 Należy wskazać jeden z tytułów wymienionych w art. 6 ust. 1 pkt 1-6, 8, 10-20 i 22 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Podpunktu c) nie należy wypełniać jeżeli został wypełniony podpunkt b).

Załącznik 2 – oświadczenie o znajdowaniu się w trudnej sytuacji na rynku pracy

# OŚWIADCZENIE O ZNAJDOWANIU SIĘ W SZCZEGÓLNEJ SYTUACJI NA RYNKU PRACY

Ja, niżej podpisany/a…………………………………………………………………………………...…

(imię i nazwisko składającego oświadczenie) PESEL:……………………………………………………………………………………………………

zamieszkały/a:…………………………………………………………………………………………….

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikające z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajanie prawdy

oświadczam,

że jestem osobą znajdującą się w szczególnej sytuacji na rynku pracy z uwagi na to, że jestem osobą:

* bezrobotną do 25 roku życia;
* bezrobotną długotrwale;
* bezrobotną powyżej 50 roku życia;
* bezrobotną bez kwalifikacji zawodowych;
* bezrobotną samotnie wychowującą co najmniej jedno dziecko do 7 roku życia;
* bezrobotną niepełnosprawną.

…………………………… ………………………………

miejscowość, data czytelny podpis

Załącznik 3 – oświadczenie uczestnika projektu o statusie osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

# OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O STATUSIE OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU1

Ja, niżej podpisany/a…………………………………………………………………………………...…

(imię i nazwisko składającego oświadczenie) PESEL:……………………………………………………………………………………………………

zamieszkały/a:…………………………………………………………………………………………….

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikające z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajanie prawdy

oświadczam,

że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na:

* wiek,
* stan zdrowia
* niepełnosprawność

i wymagam opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

…………………………… ………………………………

miejscowość, data czytelny podpis

1 Do formularza należy załączyć zaświadczenie lekarskie lub inny dokument poświadczający status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.