FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu do projektu pn. „Rozwój opieki długoterminowej w formie zdeinstytucjonalizowanej na terenie północnej Lubelszczyzny", współfinansowanego ze środków EFS Plus i budżetu państwa w ramach Działania 8.6 Usługi zdrowotne (typ projektu 2f), Priorytetu VIII Zwiększanie spójności społecznej programu FEL 2021-2027

Formularz należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, w miarę możliwości drukowanymi literami lub komputerowo (we wszystkich wskazanych białych miejscach).

Informacje wypełniane przez upoważnionego pracownika projektu	
Data i godzina wpływu	
Podpis osoby przyjmującej	
Liczba przyznanych punktów	

I. DANE OSOBOWE KANDYDATA

Rodzaj wsparcia	☐ opieka pielęgniarska długoterminowa ☐ usługi pielęgnacyjne, opiekuńcze i inne usługi wspierające ☐ usługi rehabilitacji ☐ wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego i opiekuńczego ☐ wsparcie psychologiczne ☐ usługi terapeutyczne – logopedyczne		
Imię/ Imiona			
Nazwisko		Oświadczam, że jestem osobą w wieku:[1]	
Seria i nr dowodu osobistego/ wydany przez			
PESEL	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Płeć	☐ KOBIETA ☐ MĘŻCZYZNA
Orzeczenie o niepełnosprawności[2] lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność	☐ TAK ☐ NIE		
Miejsce zamieszkania/Dane kontaktowe			
Miejscowość			

[1] Proszę wpisać wiek
[2] Należy dołączyć wraz z dokumentacją rekrutacyjną – jeśli dotyczy

Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Obszar zamieszkania	☐ Wiejski	☐ Miejski	
Kod pocztowy	____- _____	Poczta	
Powiat		Gmina	
Adres poczty elektronicznej (e-mail)		Telefon	

Oświadczam, iż posiadam wykształcenie[3]:

☐ niższe niż podstawowe (ISCED 1)	☐ podstawowe (ISCED 1)	☐ gimnazjalne (ISCED 2)	☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3)	☐ pomaturalne ISCED 4	☐ wyższe (ISCED 5-8)

II. STATUS KANDYDATA NA RYNKU PRACY

Oświadczam, że:

☐ Jestem osobą bezrobotną (np. zarejestrowaną w Urzędzie Pracy), w tym:
☐ osobą długotrwale bezrobotną

☐ Jestem osobą bierną zawodowo (np. student, emeryt, rencista), w tym:
☐ osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu
☐ osobą ucząca się/odbywająca kształcenie
☐ inne

☐ Jestem osobą pracującą (zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, o dzieło, zlecenia, powołania, itp.)

III. STATUS KANDYDATA NA DZIEŃ SKŁADANIA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO

Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się: a) osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r., poz. 44 z późn. zm.); b) osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r., poz. 917).	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
Oświadczam, że jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego oraz ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
Oświadczam, że jestem osobą z krajów trzecich Osoby z krajów trzecich to osoby, które są obywatelami krajów spoza UE, bezpaństwowcy zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r. i osoby bez ustalonego obywatelstwa.	☐ TAK ☐ NIE

[3] Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź

Dokument potwierdzający: paszport/inny dokument potwierdzający obywatelstwo, kopie zezwoleń na pobyt stały lub czasowy, kopie kart pobytu, kopie zezwoleń na pobyt rezydenta długoterminowy UE, w przypadku obywateli Ukraińskich, którzy przybyli na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej od 24.02.2022 r. w związku z działaniami wojennymi dokumenty wymienione w ustawie z 12.03.2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz.U. 2022 poz. 583), oświadczenie o statusie osoby obcego pochodzenia.	☐ ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
Oświadczam, że jestem osobą obcego pochodzenia Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów. Dokument potwierdzający: paszport/inny dokument potwierdzający obywatelstwo, kopie zezwoleń na pobyt stały lub czasowy, kopie kart pobytu, kopie zezwoleń na pobyt rezydenta długoterminowy UE, w przypadku obywateli Ukraińskich, którzy przybyli na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej od 24.02.2022 r. w związku z działaniami wojennymi dokumenty wymienione w ustawie z 12.03.2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz.U. 2022 poz. 583), oświadczenie o statusie osoby obcego pochodzenia.	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
Oświadczam, że jestem osobą przynależącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Definicja opracowana na podstawie art. 2 ust.1 ustawy z dnia 6 stycznia 2005 r. o mniejszościach narodowych i etnicznych oraz o języku regionalnym.	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI

IV. WERYFIKACJA PRZYNALEŻNOŚCI KANDYDATA DO MIN. JEDNEJ Z NIŻEJ WYMIENIONYCH GRUP (OCENA ZEROJEDYNKOWA)

Uwaga: Odmowa podania danych wrażliwych może skutkować odrzuceniem zgłoszenia

Oświadczam, że:	
Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu 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.	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
Nie jestem osobą: ✓ objętą świadczeniami opieki przez hospicjum domowe, ✓ objętą świadczeniami opieki przez inny zakład opiekuńczy udzielający świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych ✓ objętą opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, ✓ nie pozostaje w ostrej fazie choroby psychicznej.	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI

V. OŚWIADCZENIE KANDYDATA W SPRAWIE KRYTERIÓW PREMIUJĄCYCH DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Uwaga: Odmowa podania danych wrażliwych może skutkować odrzuceniem zgłoszenia. Punkty sumują się.

Oświadczam, że:	
Jestem osobą starszą zgodnie ustawą z dnia 11.09.2015 r. o osobach starszych - osoba, która ukończyła 60 r.ż. -1 pkt	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
Jestem osobą z niepełnosprawnością osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych -1 pkt lub/i osoba z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego -1pkt	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
Jestem osobą o niskich kwalifikacjach osoba posiadająca wykształcenie na poziomie do ISCED 3 włącznie (Międzynarodowa Standardowa Klasyfikacja Kształcenia), wykształcenie podstawowe – ISCED 1, wykształcenie gimnazjalne – ISCED 2, wykształcenie ponadgimnazjalne – ISCED 3 -1pkt	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
Jestem osobą ze szczególnymi potrzebami osoba, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami – 1 pkt	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
Jestem migrantem osoby przybyłe z zagranicy do kraju w celu osiedlenia się (zamieszkujące na stałe) lub na pobyt czasowy -1pkt	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
Jestem osobą narażaną na umieszczenie w instytucjach całodobowych -1pkt	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
Jestem osobą z innymi niż powyższe szczególnymi potrzebami-1pkt	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI

*W przypadku spełnienia poszczególnych kryteriów należy dołączyć dokumenty potwierdzające spełnienie tychże kryteriów wymagane zgodnie z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

VI. OŚWIADCZENIA OGÓLNE KANDYDATA

Ja niżej podpisany/na oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w pn. „Rozwój opieki długoterminowej w formie zdeinstytucjonalizowanej na terenie północnej Lubelszczyzny" i akceptuję wszystkie postanowienia Regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest z współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania 8.6 Usługi zdrowotne (typ projektu 2f), Priorytetu VIII Zwiększanie spójności społecznej programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+),
3. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych. Rozumiem, że w przypadku odmowy podania danych dla kryteriów premiujących nie będzie możliwe zaliczenie punktów dla danego kryterium.
4. Zostałem/am poinformowany, że złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi i stanowią dokumentację Projektu.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że Realizator Projektu zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian w Regulaminie w przypadku, gdy byłoby to konieczne z uwagi na zmianę warunków realizacji Projektu, a także w przypadku pisemnego zalecenia wprowadzenia określonych zmian ze strony Instytucji Zarządzającej.
6. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania danych Realizatorowi Projektu potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu.
7. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora Projektu.
8. Deklaruję uczestnictwo w formach wsparcia i pomocy przewidzianych w ramach Projektu, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Realizatora Projektu.
9. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
10. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.
11. Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym.
12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Realizatora Projektu.
13. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie „Rozwój opieki długoterminowej w formie zdeinstytucjonalizowanej na terenie północnej Lubelszczyzny" oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
14. Oświadczam o prawdziwości podanych danych i złożonych oświadczeń.

Zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (Dz.U.2018 poz. 1600) jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

…….. miejscowość, data

…… Czytelny podpis kandydata/pełnomocnika kandydata[4]

[4] Niepotrzebne skreślić