|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu: |  |
| *WYPEŁNIA ORGANIZATOR* | |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do udziału w projekcie „Przyjazne miejsce w społeczności lokalnej – II edycja”**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE** | | | | | |
| Imię (imiona) i nazwisko |  | | | | |
| Data urodzenia |  | Miejsce urodzenia | |  | |
| Obywatelstwo |  | Płeć | | Kobieta Mężczyzna | |
| PESEL |  | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA[[1]](#footnote-1)** | | | | | |
| Ulica |  | | | | |
| Numer domu |  | Numer lokalu | |  | |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy | |  | |
| Gmina |  | Powiat | | Inowrocławski □ Mogileński □ | |
| Województwo |  | | | | |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI[[2]](#footnote-2)** | | | | | |
| Ulica |  | | | | |
| Numer domu |  | Numer lokalu | |  | |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy | |  | |
| Gmina |  | Powiat | |  | |
| Województwo |  | | | | |
| Telefon stacjonarny |  | Telefon komórkowy | |  | |
| Adres e-mail |  | | | | |
| **KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE** | | | | | |
| Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe spośród wskazanych poniżej przesłanek  zagrożenia /wykluczenia społecznego): | | | TAK NIE | | |
| 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*;  osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;  osoby przebywające w pieczy zastępczej 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;  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 2014 r. poz. 382, z późn. zm.);  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 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.);  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*;  rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;  osoby, dla których ustalono III profil pomocy zgodnie z *ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.);  osoby niesamodzielne;  osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;  osoby odbywające kary pozbawienia wolności;  osoby korzystające z PO PŻ. | | | | | |
| **OŚWIADCZENIE KANDYDATA** | | | | | |
| Jestem osobą niesamodzielną zagrożoną ubóstwem/wykluczeniem społecznym ze względu na:  (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe) | wiek (powyżej 6o r. ż.) | | | | |
| stan zdrowia (*wymagane orzeczenie lekarskie*) | | | | |
| niepełnosprawność | | | | |
| Nie mam możliwości samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego  (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe) | kąpanie się | | | | |
| ubieranie się i rozbieranie | | | | |
| korzystanie z toalety | | | | |
| wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel | | | | |
| samodzielne jedzenie | | | | |
| kontrolowanie wydalania moczu i stolca | | | | |
|  | | | | | |
| **INFORMACJE DODATKOWE O KANDYDACIE** | | | | | |
| Kandydat /kandydatka projektu jest osobą niesamodzielną (proszę zaznaczyć właściwe): | *Kategoria* | | | Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe | *UWAGA!*  *Wymagane zaświadczenie/oświadczenie* |
| Doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego | | |  | Oświadczenie |
| jeśli tak to proszę wskazać przesłanki: | | | | |
| Korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 | | |  | Oświadczenie |
| Niepełnosprawną w stopniu znacznym lub umiarkowanym | | |  | Zaświadczenie |
| Niepełnosprawną z niepełnosprawnością sprzężoną/z zaburzeniami psychicznymi/intelektualną/z całościowymi zaburzeniami rozwoju | | |  | Zaświadczenie |
| Osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z dnia 12.03.2004 r. | | |  | Zaświadczenie |
|  | Z obszarów zdegradowanych wyznaczonych w lokalnych programach rewitalizacji lub gminnych programach rewitalizacji | | |  | Oświadczenie |
| |  |  | | --- | --- | | **DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ (JEŚLI WYSTĘPUJE)** | | | Imię i nazwisko |  | | Adres zamieszkania |  | | Nr telefonu |  | | Adres e-mail |  | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE** | | | | | |
| **Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem projektu „Przyjazne miejsce w społeczności lokalnej – II edycja” oraz akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.**  **Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności udziału w projekcie „Przyjazne miejsce w społeczności lokalnej – II edycja”, a podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Centrum Medyczne SIR MED Sp. z o. o. w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.**  **Równocześnie oświadczam, że moja sytuacja materialna i życiowa nie pozwala mi skorzystać z płatnych form usług opiekuńczych.** | | | | | |
| ………………………………….. …………………………………………  Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego | | | | | |
| **Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Centrum Medyczne SIR MED sp. z o. o. w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.**  ………………………………….. …………………………………………  Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego | | | | | |
|  | | | | | |

Załącznik do formularza zgłoszeniowego

Słownik pojęć

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykaz pojęć** | |
| **PO PŻ** | Program Operacyjny Pomoc Żywieniowa 2014-2020 |
| **osoby korzystające z PO PŻ (zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ)** | osoby, otrzymujące pomoc żywnościową w formie paczek lub posiłku, które z powodu niskich dochodów nie mogą zapewnić sobie/rodzinie odpowiednich produktów żywnościowych (posiłków) i dlatego też trafiać będzie do ograniczonej liczby osób znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji (określonej przesłankami z art. 7 ustawy o pomocy społecznej oraz poziomem dochodów odniesionych do procentowej wartości odpowiedniego kryterium dochodowego określonego w tej ustawie.  Zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej i Art. 7. Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu m.in:  1) ubóstwa;  2) bezdomności;  3) niepełnosprawności;  4) długotrwałej lub ciężkiej choroby; |
| **znaczny stopień niepełnosprawności** | Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. |
| **umiarkowany stopień niepełnosprawności** | Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych. |
| **niepełnosprawność sprzężona** | O niepełnosprawności sprzężonej mowa jest wówczas, gdy jest ona złożona, podwójna lub wieloraka, bądź też towarzyszy jej dodatkowe kalectwo. Upośledzenie sprzężone występuje u osoby u której stwierdza się dwie lub więcej niepełnosprawności, powodowane jednym lub kilkoma czynnikami endo lub egzogennymi w różnych okresach życia, co dotyczy także okresu prenatalnego. |
| **osoba z zaburzeniami psychicznymi** | Zgodnie z Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby:  a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),  b) upośledzonej umysłowo,  c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym |
| **dochód na członka w rodzinie poniżej progu ustaw. - dochód nie przekracza 150% właściwego kryt. dochod. (na os. samotnie gospodarującą lub na os. w rodzinie) zg. z ust. o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r.** | 1. Dochód nie przekracza 951 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) – w przypadku osoby samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty 634 złotych (kryterium dochodowe osoby samotnie gospodarującej), 2. Dochód nie przekracza 771 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) w przypadku osób w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 514zł (kryterium dochodowe na osobę w rodzinie”   – przy jednoczesnym wystąpieniu co najmniej jednego z powodów wymienionych w art. 7 pkt 2–15 oraz innych okoliczności uzasadniających udzielenie pomocy społecznej. |
| **doświadczanie wielokrotnego wykluczenia** | To osoby doświadczające wykluczenia z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym |
| **Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** | Zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 są to:  a) 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  b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;  c) osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;  d) 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 2014 r. poz. 382);  e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.);  f) osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375);  g) rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej je  den z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;  h) osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.);  i) osoby niesamodzielne;  j) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;  k) osoby odbywające kary pozbawienia wolności;  l) osoby korzystające z PO PŻ. |
| **Osoba niesamodzielna** | Osoba, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Czynności dnia codziennego: kąpanie się, ubieranie się i rozbieranie, korzystanie z toalety, wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel, samodzielne jedzenie, kontrolowanie wydalania moczu i stolca.  Definicja z projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym:  Oznacza to osobę, w stosunku do której wydano orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, ze wskazaniem na stopień niesamodzielności, w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011r. Nr 127, poz.721 z późn. zm. |
| **Osoba starsza** | Osoba która ukończyła 60 rok życia |

1. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy wypełnić w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania [↑](#footnote-ref-2)