



Rzeczpospolita
Polska



Śląskie.

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



**FORMULARZ KWALIFIKACYJNY DO SKORZYSTANIA Z USŁUG SPOŁECZNYCH
w ramach projektu**

**„Aktywna integracja rodzin – wsparcie usług świadczonych przez Centrum
Usług Społecznych przy remizie OSP w Strzyżowicach”**

RPSL.09.02.01-24-02H6/19

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 w ramach Osi priorytetowej IX Włączenie społeczne, Działanie 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1. Rozwój usług społecznych i zdrowotnych – ZIT.

DANE PODSTAWOWE UCZESTNIKA/CZKI	
Imię/Imiona	
Nazwisko	
PESEL	
Wiek	
Płeć	
DANE KONTAKTOWE	
Kraj	POLSKA
Województwo	ŚLĄSKIE
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

Rzeczpospolita
Polska

Śląskie.

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

OŚWIADCZENIA KWALIFIKUJĄCE DO WSPARCIA	
Kryteria formalne	
<p>OSOBA NIESAMODZIELNA Jestem osobą niesamodzielną ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność, wymagam opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (Należy załączyć odpowiednie orzeczenie/oświadczenie)</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>OPIEKUN FAKTYCZNY Pełnię funkcję opiekuna faktycznego uczestnika projektu (Opiekun faktyczny – osoba pełnoletnia, opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny)</p> <p>..... (imię i nazwisko uczestnika projektu)</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>OPIEKUN FAKTYCZNY OSOBY NIE BĘDĄCEJ UCZESTNIKIEM PROJEKTU (Opiekun faktyczny – osoba pełnoletnia, opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny)</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>SĄSIAD Jestem sąsiadem osoby niesamodzielnej, niepełnosprawnej, chorej, lub w inny sposób zagrożonej wykluczeniem społecznym będącej uczestnikiem projektu i chcę zaangażować się w pomoc sąsiedzką.</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Miejsce zamieszkania osoby na terenie gminy Psary</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Dodatkowe kryteria - punktowane	
<p>Jestem osobą z niepełnosprawnością lub osobą niesamodzielną, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej –</p>	<input type="checkbox"/> TAK



dotyczy potencjalnych uczestników – weryfikacja na podstawie zaświadczenia/oświadczenia (Należy załączyć odpowiednie oświadczenie zgodne ze wzorem)	<input type="checkbox"/> NIE
<p>(ZAKREŚLIĆ KRZYŻYKIEM) Jestem osobą korzystającą lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem na podstawie art. 7 ustawy z 12 marca 2004r. o pomocy społecznej zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, tj. spełniającą przesłankę:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ubóstwa; <input type="checkbox"/> sieroctwa; <input type="checkbox"/> bezdomności; <input type="checkbox"/> bezrobocia; <input type="checkbox"/> niepełnosprawności; <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby; <input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; <input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii; <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej. 	
Osoba korzystająca z PO PŻ (należy załączyć odpowiednie zaświadczenie z OPS)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania Realizatora projektu o zmianie statusu w tym zakresie w trakcie mojego udziału w projekcie.</p> <p style="text-align: center;">..... Podpis uczestnika</p>	

Rzeczpospolita
Polska

Śląskie.

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

--

Formy wsparcia	
z jakich form wsparcia zamierza Pani/Pan skorzystać (proszę zaznaczyć właściwe)	
Działania wspierające opiekunów faktycznych w opiece nad osobami niesamodzielnymi	
Szkolenie z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej .	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Szkolenie praktyczne z zakresu radzenia sobie ze stresem w formie warsztatów .	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Poradnictwo oraz pomoc w uzyskaniu informacji umożliwiających poruszanie się po różnych systemach wsparcia dla opiekunów faktycznych	
Poradnictwo psychologiczne indywidualne.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Poradnictwo psychologiczne grupowe.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Poradnictwo pracownika socjalnego.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Usługi świadczone przez opiekunów dla osób niesamodzielnymi, pomoc sąsiedzka	
Usługa opiekuna.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Szkolenie z pomocy sąsiedzkiej.	<input type="checkbox"/> TAK



Rzeczpospolita
Polska



Śląskie.

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



	<input type="checkbox"/> NIE
Usługa pomocy sąsiedzkiej.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
czytelny podpis uczestnika/czki wsparcia

.....
czytelny podpis opiekuna uczestnika/czki
wsparcia*

.....
miejsowość i data

* W przypadku gdy uczestnik nie może się samodzielnie podpisać, podpis składa upoważniony opiekun.