

WNIOSEK OSOBY NIESAMODZIELNEJ

**O PRZYJĘCIE DO PROJEKTU „DZIENNY DOM POMOCY W MYCZKOWCACH II”,
REALIZOWANEGO PRZEZ CARITAS DIECEZJI RZESZOWSKIEJ**

Informacje wypełniane przez osobę przyjmującą wniosek:

Data wpływu i podpis osoby przyjmującej wniosek:

CZĘŚĆ I: DANE OSOBY NIESAMODZIELNEJ UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO PROJEKTU:

1. Forma wsparcia, o którą się ubiegam (wybraną zaznaczyć):	<input type="checkbox"/> 8-godzinny pobyt w Dziennym Domu Pomocy w Myczkowcach <input type="checkbox"/> opieka mobilna, w miejscu zamieszkania																					
2. Nazwisko i imię																						
3. Data i miejsce urodzenia																						
4. Pesel	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																					
5. Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna																				
6. <u>Adres zamieszkania:</u>	<input type="checkbox"/> województwo podkarpackie	<input type="checkbox"/> powiat leski																				
7. Gmina	<input type="checkbox"/> Baligród <input type="checkbox"/> Cisna <input type="checkbox"/> Lesko <input type="checkbox"/> Olszanica <input type="checkbox"/> Solina																					
8. Kod pocztowy, poczta																						
9. Ulica lub miejscowość, nr domu																						
10. Telefon/y kontaktowy/e (podać imię i nazwisko użytkownika tel.)																						
11. Adres e-mail																						
12. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne/średnie <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe																					

CZĘŚĆ II: OŚWIADCZENIA KANDYDATA W ZAKRESIE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW FORMALNYCH I PREMIUJĄCYCH W PROJEKCIE NA DZIEŃ ZŁOŻENIA FORMULARZA

<p>Spełnianie kryterium formalnego (jeśli wnioskodawca spełnia poniższe kryterium, proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)</p>	
<p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych.</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie powiatu leskiego, w województwie podkarpackim.</p> <p><input type="checkbox"/> Do Wniosku załączam zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza POZ stwierdzające, iż jestem osobą niesamodzielną, wymagającą pomocy osób trzecich.</p>	
<p>Spełnianie kryteriów premiujących (jeśli wnioskodawca spełnia poniższe kryterium/-ia, proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce; można zaznaczyć więcej niż jedno oświadczenie)</p>	
<p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością i/lub niesamodzielną, samotnie gospodarującą której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę tj. 1 051,50 zł (wg Ustawy z 12 marca 2004 r.).</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością i/lub niesamodzielną, zamieszkującą z rodziną, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę w rodzinie tj. 792 zł.</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia, rozumianego jako występowanie więcej niż jednej z przesłanek, o której mowa w <i>Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie</i>.</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (należy załączyć kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności).</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną (u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności) i osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną i osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (należy załączyć kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności).</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (należy załączyć zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o zakresie udzielanego wsparcia).</p>	

CZĘŚĆ III: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE – ZGODNE Z ZAKRESEM DANYCH PRZETWARZANYCH W SYSTEMIE SL2014

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:		
Osoba bierna zawodowo [osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna]	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym:	<input type="checkbox"/> Emeryt lub rencista <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Inne.....	

Osoba bezrobotna <u>zarejestrowana</u> w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezrobotna <u>niezarejestrowana</u> w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba długotrwale bezrobotna [<i>młodzież (poniżej 25 lat) przez okres ponad 6 miesięcy, dorośli (25 lat lub więcej) przez okres ponad 12 miesięcy</i>]	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w mikroprzedsiębiorstwie (<i>do 9 pracowników</i>) <input type="checkbox"/> w małym przedsiębiorstwie (<i>od 10 do 49 pracowników</i>) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie (<i>od 50 do 249 pracowników</i>) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie (<i>powyżej 250 pracowników</i>) <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne
Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik

	<input type="checkbox"/> inny.....
Proszę o wskazanie miejsca zatrudnienia	

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

CZĘŚĆ IV.: OŚWIADCZENIA DODATKOWE

- Wyrażam zgodę na udział w projekcie „Dzienny Dom Pomocy w Myczkowcach II”, wdrażanym przez Caritas Diecezji Rzeszowskiej w okresie od 01.01.2019 do 31.12.2021 r., w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 -2020, Oś priorytetowa VIII Integracja Społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych.
- Zapoznałem /am się i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
- Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych w celu monitoringu oraz ewaluacji projektu (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2016 r. poz. 922). Dane te przechowywane będą przez Beneficjenta i udostępniane podmiotom trzecim dla zapewnienia prawidłowej realizacji projektu. W związku z powyższym mam świadomość o celu zbierania tych danych, prawie wglądu do swoich danych oraz możliwości ich aktualizacji.
- Wyrażam zgodę na publikację i rozpowszechnianie mojego wizerunku w mediach i materiałach promocyjnych dotyczących niniejszego projektu.
- Przyjmuję do wiadomości, że:
 - dane zawarte w niniejszym Formularzu mogą być weryfikowane przez Beneficjenta,
 - złożenie nieprawdziwego oświadczenia może być potraktowane jako próba wyłudzenia środków rzeczowych i może podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.
- Niniejszym oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.**

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis