



Ośrodek Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niezależnych KRAKÓW GRZEGÓRZKI

Załącznik nr 1 Formularz zgłoszeniowy

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn.
„Ośrodek Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób
Niezależnych KRAKÓW GRZEGÓRZKI”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
dla Opiekuna Nieformalnego**

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób lub w wyznaczonych miejscach zaznaczyć „X”

| 1. Dane osobowe kandydata/kandydatki na uczestnika projektu – OPIEKUNA NIEFORMALNEGO | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Dane osobowe | Imię (imiona) | | | | | | | | | | | | | |
| | Nazwisko | | | | | | | | | | | | | |
| | PESEL | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna | | | | | | | | | | | | |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania | Powiat | | | | | | | | | | | | | |
| | Gmina | | | | | | | | | | | | | |
| | Kod pocztowy | | | | | | | | | | | | | |
| | Ulica | | | | | | | | | | | | | |
| | Numer domu | | | | | | | | | | | | | |
| | Numer lokalu | | | | | | | | | | | | | |
| Dane kontaktowe | Telefon kontaktowy | | | | | | | | | | | | | |
| | Adres (e-mail) | | | | | | | | | | | | | |
| | Adres do korespondencji <i>(jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)</i> | | | | | | | | | | | | | |
| Wykształcenie | <input type="checkbox"/> Brak <i>(brak formalnego wykształcenia)</i> <input type="checkbox"/> Podstawowe <i>(ukończona szkoła podstawowa)</i> | | | | | | | | | | | | | |





| | | |
|---|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ukończone gimnazjum) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ukończone liceum ogólnokształcące lub liceum profilowane lub technikum lub uzupełniające liceum ogólnokształcące/technikum lub zasadnicza szkoła zawodowa) <input type="checkbox"/> Policealne (ukończona szkoła policealna) <input type="checkbox"/> Wyższe (uzyskany tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora) |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna (dla osoby poniżej 25 r. życia –pozostająca nieprzerwanie bez pracy przez okres 6 miesięcy, dla osoby powyżej 25 r. życia – pozostająca bez pracy nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy) <input type="checkbox"/> inne |
| | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne |
| | <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo | w tym: <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne |
| | <input type="checkbox"/> osoba pracująca | w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne Wykonywany zawód: <input type="checkbox"/> instruktor praktyczne nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik 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 |
| | Zatrudniony w: <i>(proszę podać nazwę miejsce pracy)</i> |
| 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 <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji* |
| | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji* |
| | Osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji* |
| | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji* |

(*) Osoba – kandydat do udziału w projekcie ma prawo odmowy podania danych wrażliwych. W takiej sytuacji należy zaznaczyć w formularzu odpowiedź „odmowa podania informacji”, co stanowi potwierdzenie, że Organizator wsparcia podjął działania w celu zebrania przedmiotowych danych.

Uwaga: odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w odniesieniu do cechy, która stanowi przesłankę przyznania wsparcia (np. niepełnosprawność uczestnika), skutkuje brakiem możliwości weryfikacji jego kwalifikowalności i może prowadzi do niezakwalifikowania go do udziału w projekcie.

2. Kryteria udziału w projekcie

a. KRYTERIA DOSTĘPU *(należy zaznaczyć właściwe pola)*

Oświadczenia Kandydata/Kandydatki do Projektu – OPIEKUNA NIEFORMALNEGO:

Oświadczam, że jestem pełnoletnim opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej niebędącą opiekunem zawodowym i nie pobieram wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną.

Tak
 Nie



| | |
|--|--|
| Oświadczam, że moje miejsce zamieszkania znajduje się na terenie Metropolii Krakowskiej, tj. na terenie miasta Krakowa lub jednej z gmin: Czernichów, Igołomia-Wawrzeńczyce, Kocmyrzów-Luborzyca, Liszki, Michałowice, Mogilany, Skawina, Świątniki Górne, Wielka Wieś, Zabierzów i Zielonki w powiecie krakowskim oraz Biskupice, Niepołomice i Wieliczka w powiecie wielickim. | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Oświadczam, że miejsce zamieszkania osoby niesamodzielnej, którą się opiekuję znajduje się na terenie Metropolii Krakowskiej (<i>lista gmin jak wyżej</i>). | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |

b. KRYTERIA PREMIUJĄCE (*należy zaznaczyć właściwe pola*)

Niniejszym oświadczam, że spełniam następujące kryteria premiujące, przyznające preferencje (pierwszeństwo) w dostępie do oferowanych usług:

| | |
|--|--|
| 1. Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z poniższych przesłanek (<i>proszę wskazać, które z poniżej wymienionych przesłanek jest spełniona</i>): | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| a) Osoba korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej | <input type="checkbox"/> |
| b) Osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym | <input type="checkbox"/> |
| c) Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca 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 | <input type="checkbox"/> |
| d) Osoba nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich | <input type="checkbox"/> |
| e) Osoba przebywająca w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty | <input type="checkbox"/> |
| f) Osoba 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 | <input type="checkbox"/> |
| g) Członek 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 | <input type="checkbox"/> |
| h) Osoba, dla której 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.) | <input type="checkbox"/> |
| i) Osoby niesamodzielna | <input type="checkbox"/> |



| | |
|--|--|
| j) Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014- 2020 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych 2014-2020 | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 3. Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ) 2014-2020 Uwaga: Zakres wsparcia dla tych osób nie może powielać działań, które dana osoba otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 4. Osoba o ZNACZNYM/UMIARKOWANYM* stopniu niepełnosprawności <i>*Skreślić niewłaściwe</i> | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 5. Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 6. Osoba z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, których 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 2004 r. o pomocy społecznej | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |

Uwaga: Weryfikacja wyżej wymienionych kryteriów następuje na podstawie złożonego w formularzu zgłoszeniowym oświadczenia. Organizator wsparcia może poprosić o przedstawienie adekwatnego dokumentu na potwierdzenie spełnienia kryterium/ów, stosownie do sytuacji konkretnej osoby by zweryfikować jej status.

3. Wnioskowane wsparcie

Wnioskuję o wsparcie w formie:

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Szkoleń opiekuńczych | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 2. Praktyk opiekuńczych | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 3. Grupy wsparcia | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 4. Wsparcie menadżera opieki | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 5. Wypożyczalni sprzętu medycznego | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| 6. Usługi „odciążeniowa” („wytchnieniowej”/„opieki zastępczej”) | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis



Oświadczenia

W związku z przystąpieniem do projektu „Ośrodek Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niezależnych KRAKÓW GRZEGÓRZKI” w Fundacji Małopolska Izba Samorządowa oświadczam, że:

1. wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w projekcie „Ośrodek Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niezależnych KRAKÓW GRZEGÓRZKI”;
2. zostałam/em poinformowana/y że projekt „Ośrodek Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niezależnych KRAKÓW GRZEGÓRZKI” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
3. dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych i oświadczeń niezgodnych z prawdą. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Fundację Małopolska Izba Samorządowa w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie;
4. zapoznałam/em się z treścią Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa i akceptuję ich treść oraz zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nich zawartych;
5. spełniam wszystkie kryteria dostępu uprawniające do udziału w projekcie;
6. wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku przez Fundację Małopolska Izba Samorządowa w celach realizacji i promocji projektu „Ośrodek Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niezależnych KRAKÓW GRZEGÓRZKI”;
7. wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.
8. świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, iż nie jestem Uczestnikiem/Uczestniczką innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach RPO WM 2014-2020, w którym przewidziane formy wsparcia uczestnika są tego samego rodzaju.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis