|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA DO PROJEKTU**  **„Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na Śląsku”** | | | | |
| **Nr wniosku** | **FESL.07.04-IZ.01-057F/23** | |
| **Nazwa Programu** | **Program Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 Europejski Fundusz Społeczny Plus** | |
| **Beneficjent** | **CARITAS DIECEZJI SOSNOWIECKIEJ** | |
| **DANE OSOBOWE PODSTAWOWE** | | | |
| **Imię/Imiona** |  | |
| **Nazwisko** |  | |
| **PESEL** (jeżeli osoba nie posiada proszę wpisać BRAK) |  | |
| **Rodzaj uczestnika** | 🞏 Indywidualny  🞏 Pracownik lub przedstawiciel instytucji / podmiotu | |
| **Obywatelstwo** | 🞏 obywatelstwo polskie  🞏 brak obywatelstwa polskiego - obywatel kraju UE  🞏 brak obywatelstwa polskiego lub UE | |
| **Wykształcenie** | 🞏 średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)  🞏 ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)  🞏 wyższe (ISCED 5-8) | |
| **DANE KONTAKTOWE** | | | | |
| **Kraj zamieszkania** |  | |
| **Województwo** |  | |
| **Powiat** |  | |
| **Gmina** |  | |
| **Miejscowość** |  | |
| **Kod pocztowy** |  | |
| **Telefon kontaktowy** |  | |
| **Numer telefonu do członka rodziny/innej osoby bliskiej (opcjonalnie)** |  | |
| **Jeżeli ustalony jest opiekun prawny lub opiekun faktyczny proszę podać dane osobowe oraz kontaktowe tej osoby** |  | |
| **Adres e-mail uczestnika lub członka rodziny lub opiekuna** |  | |
| **STATUS UCZESTNIKA** | | | |
| **Osoba obcego pochodzenia** | 🞏 TAK 🞏 NIE | |
| **Osoba państwa trzeciego (poza UE)** | 🞏 TAK 🞏 NIE | |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej)** | 🞏 TAK 🞏 NIE  🞏 odmowa podania informacji | |
| **Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | 🞏 TAK 🞏 NIE | |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** | 🞏 TAK 🞏 NIE  🞏 odmowa podania informacji | |
| **SPECJALNE POTRZEBY** | | | |
| **Osoba potrzebująca specjalnego wsparcia w projekcie** | 🞏 TAK 🞏 NIE | |
| Jeśli zaznaczono tak proszę opisać jakie lub zaznaczyć, któreś z poniższych  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | |
| **Zapewnienie tłumacza języka migowego** | | 🞏 TAK 🞏 NIE | | | |
| **Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką** | | 🞏 TAK 🞏 NIE | | | |
| **Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową?**  **Jeśli TAK, proszę opisać jakie:…………………………………………………………….……………** | | 🞏 TAK 🞏 NIE | | | |
| **RODZAJ WSPARCIA W RAMACH PROJEKTU** | | | | | |
| 🞏 USŁUGI SĄSIEDZKIE 🞏 SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE | | | | | |
| **KWALIFIKOWALNOŚC UCZESTNIKA** | | | | |
| **Czy na dzień przystąpienia do rekrutacji ukończono 60 rok życia?** | 🞏 TAK 🞏 NIE | |
| **Czy kandydat/ka jest osobą nieaktywną zawodowo?** | 🞏 TAK 🞏 NIE  Jeśli TAK – to proszę o wskazanie:  🞏 osoba bierna zawodowo  🞏 bezrobotna  🞏 rencista  🞏 emeryt  🞏 inne | |
| **Czy kandydat/ka posiada aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez właściwy organ** | 🞏 TAK 🞏 NIE | |
| **Stopień i rodzaj niepełnosprawności, symbol** **lub powód niepełnosprawności określony w innym dokumencie/organ wydający orzeczenie (np. PZON, ZUS, KRUS, KIZ, MSWiA)** |  | |
| **Czy występuje niepełnosprawność sprzężona (min. 2 przyczyny niepełnosprawności) – jeśli dotyczy** | 🞏 TAK 🞏 NIE | |
| **Czy występują zaburzenia psychiczne?** | 🞏 TAK 🞏 NIE | |
| **Czy występują zaburzenia rozwojowe?** | 🞏 TAK 🞏 NIE | |
| **Czy występuje niepełnosprawność intelektualna** | 🞏 TAK 🞏 NIE  Jeśli TAK – to jaka:  ………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………. | |
| **Czy kandydat/ka mieszka samotnie czy z w gospodarstwie wieloosobowym** | | | |
| **SAMOTNIE** 🞏  Czy posiada wsparcie otoczenia/jakie?  …………………………………………………..……………  …………………………………………………………………  ………………………………………………………………… | 🞏 **W GOSPODARSTWIE**  **WIELOOSOBOWYM**  Czy posiada wsparcie współmieszkańców? Czy są w domu inne osoby niesamodzielne, zależne, starsze,?  …………………………………………………….………………  ……………………………………………..…………….……… | |
| **Sposób poruszania się uczestnika** | | | |
| osoba leżąca, osoba chodząca w obrębię mieszkania, osoba wychodząca z domu, osoba mająca problemy z poruszaniem się, inne,  Opis sytuacji:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………..………………………………………………………… | | | |
| **Czy obecnie korzysta Pan(i) z usług sąsiedzkich/opiekuńczych (finansowanych np. z PFRON, MRIPS, EFS, inne)** | 🞏 TAK 🞏 NIE  Jeśli TAK – to prosimy o podanie nazwy Realizatora i nazwy Programu oraz wymiary i zakresu otrzymywanego wsparcia:  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| **Czy kandydat/ka jest osobą korzystającą z usług opiekuńczych finansowanych z NFZ** | 🞏 TAK 🞏 NIE  Jeżeli tak to w jakim wymiarze godzin rocznie, miesięcznie / tygodniowo  ……………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| **Czy kandydat/ka jest osobą zakwalifikowaną do opieki** **długoterminowej** | 🞏 TAK 🞏 NIE 🞏 NIE DOTYCZY | |
| **Czy kandydat/ka prowadzi gospodarstwo** | 🞏 JEDNOSOBOWE 🞏 WIELOOSOBOWE | |
| **Średni dochód miesięczny na osobę w rodzinie mieści się w przedziale:** | | | |
| **GOSPODARSTWO JEDNOSOBOWE** | 🞏 do 1 515 zł  🞏 od 1 515,01 zł do 2 525 zł  🞏 od 2 252,01 zł do 3030 zł  🞏 od 3 030,01 zł do 4 040 zł  🞏 powyżej 4 040 zł | |
| **GOSPODARSTWO WIELOOSOBOWE** | 🞏 do 1234,50 zł  🞏 od 1234,6 zł do 2 057,5 zł  🞏 od 2 057,6 zł do 2 469 zł  🞏 od 2 469,01 zł do 3 292 zł  🞏 powyżej 3 292 zł | |
| **Czy kandydat/ka będzie rekomendował osobę zaufaną do świadczenia usług sąsiedzkich/ opiekuńczych** | 🞏 TAK 🞏 NIE  Imię i nazwisko, numer telefonu:  ………………………………………………………………… | |

**OŚWIADCZENIA**

1. Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na Śląsku ” oraz zaproponowanych formach wsparcia w projekcie realizowanym przez Caritas Diecezji Sosnowieckiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego   
   2021-2027, Priorytet FESL.07.00-Fundusze europejskie dla społeczeństwa, Działanie   
   07.04-Usługi społeczne.
2. Zostałem poinformowany/-a, że projekt „Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na Śląsku” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
3. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności do projektu „Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na Śląsku”
4. Uprzedzony/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.
5. Oświadczam, że znane mi są zapisy „Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na Śląsku” oraz akceptuję jego postanowienia, w tym warunki uczestnictwa w projekcie.
6. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania mnie do w/w, będąc jego uczestnikiem nie będę korzystać z takiego samego zakresu wsparcia, w takim samym terminie, w innym projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus o tożsamym charakterze, w szczególności realizowanym w ramach Funduszy Europejskich dla Śląskiego 2021-2027, Priorytet FESL.07.00-Fundusze europejskie dla społeczeństwa, Działanie 07.04-Usługi społeczne.
7. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail) na nr telefonu i adres e-mail podane w formularzu zgłoszeniowym
8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na weryfikację przez personel projektu danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym i uprawnionych do tego instytucjach w przypadku takiej konieczności

**…..……………………............…………… ……………….……......………………………………… Miejscowość, data Czytelny podpis kandydata/ki do projektu\***

\*W przypadku gdy Kandydat nie może samodzielnie podpisać dokumentu lub kontakt z nim jest ograniczony ustaleń dokonuje się z Opiekunem prawnym/faktycznym i Opiekun podpisuje formularz zgłoszeniowy.