|  |
| --- |
| **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 🞏 NIEJeśli 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 🞏 NIEJeśli 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 🞏 NIEJeśli 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 🞏 NIEJeżeli 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 🞏 NIEImię 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.