



Projekt "Złoty liść opieki" współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Parafię Rzymskokatolicką p. w. Narodzenia Najświętszej Maryi Panny w partnerstwie z Podkarpacką Fundacją Rozwoju Regionalnego na podstawie umowy o dofinansowanie projektu nr RPPK.08.03.00-18-0098/17 z dnia 13.02.2018 r. zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pacy w Rzeszowie 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

INFORMACJA DLA OSÓB WYRAŻAJĄCYCH CHĘĆ UDZIAŁU W PROJEKCIE ZŁOTY LIŚĆ OPIEKI

Do dokumentów rekrutacyjnych należy dołączyć:

- zaświadczenie lekarskie stwierdzające **niesamodzielność**
- dokument potwierdzający **dochód miesięczny** (wycinek renty, emerytury, decyzja/waloryzacja renty/emerytury, inne)

OSOBA NIESAMODZIELNA

Osobą niesamodzielną jest osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Podstawowe czynności dnia codziennego to m.in.: spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie się i rozbieranie, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kontrolowanie czynności fizjologicznych,

-zaświadczenie lekarskie/orzeczenie właściwego urzędu (jeśli dotyczy punktów premiujących określonych w Regulaminie w § 3).



Instrukcja wypełniania formularza rekrutacyjnego

Dane uczestnika

Proszę wypełniać w miarę możliwości czytelnie i wypełniać wszystkie rubryki!

Imię: - **imię lub imiona**

Nazwisko: - **nazwisko lub nazwiska**

Płeć : (*proszę zaznaczyć właściwe*) Kobieta Mężczyzna

Wiek w chwili przystąpienia do projektu - **wiek na dzień składania formularza**

PESEL: - **proszę zweryfikować poprawność**

Dane kontaktowe

Miejscowość.....

Ulica - **jeżeli nie ma ulicy proszę wpisać kreskę ---**

Nr domu Nr lokalu - **jeżeli nie ma nr lokalu proszę wpisać kreskę ---**

Kod pocztowy Poczta

Gmina.....

Powiat

Województwo.....

Kraj

Obszar (*proszę zaznaczyć właściwe*):

obszar wiejski obszar miejski

Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) 1 2 3 - **proszę zaznaczyć właściwe według swojego miejsca zamieszkania:**

- 1-obszar gęsto zaludniony - przynajmniej 50% ludności zamieszkuje obszary gęsto zaludnione,
2- obszar pośredni –poniżej 50% ludności zamieszkuje obszary wiejskie i poniżej 50% ludności obszary o dużej gęstości zaludnienia,
3-obszar słabo zaludniony –przynajmniej 50% ludności zamieszkuje obszary wiejskie.

Telefon stacjonarny..... - jeżeli nie ma proszę wpisać brak

Telefon komórkowy..... - jeżeli nie ma proszę wpisać brak

Adres poczty elektronicznej (e-mail) - jeżeli nie ma proszę wpisać brak

Status uczestnika

Wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe):

Brak – bez wykształcenia	<input type="checkbox"/> Tak
Podstawowe – wykształcenie maksymalnie podstawowe	<input type="checkbox"/> Tak
Gimnazjalne – wykształcenie maksymalnie gimnazjalne	<input type="checkbox"/> Tak
Ponadgimnazjalne – ukończone maksymalnie liceum ogólnokształcące, technikum lub szkoła zawodowa	<input type="checkbox"/> Tak
Pomaturalne – ukończona maksymalnie szkoła policealna (studium dwuletnie)	<input type="checkbox"/> Tak
Wyższe – ukończone minimalnie studia licencjacki oraz wyżej	<input type="checkbox"/> Tak

Status uczestnika (proszę zaznaczyć właściwe):

Jestem członkiem mniejszości etnicznej lub narodowej, migrantem, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących – nikt w domu nie pracuje	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie



Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu – dzieci do 18 roku życia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) – proszę zaznaczyć TAK tylko jeżeli: <ul style="list-style-type: none"> - osoba jest bez wykształcenia (zaznaczony brak), - osoba jest byłym więźniem, - osoba jest narkomanem, - osoba jest bezdomna lub wykluczona z dostępu do mieszkań 	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Oświadczam, iż (proszę zaznaczyć „x”):

1. Jestem osobą bezrobotną, zarejestrowaną w urzędzie pracy, w tym: a. Długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> – osoba zarejestrowana minimum 12 miesięcy ciągle	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2. Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w urzędzie pracy, w tym: a. Długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> – osoba poszukująca pracy minimum 12 miesięcy ciągle	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3. Jestem bierną zawodowo, w tym: a. Ucząca się <input type="checkbox"/> – dotyczy osób młodych b. Nieuczestnicząca w kształceniu/szkoleniu <input type="checkbox"/> – dotyczy osób młodych c. Inne <input type="checkbox"/> – osoba nie szuka pracy w tym emeryt, rencista	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4. Jestem osobą pracującą, w tym: (wpisać stanowisko i nazwę zakładu pracy)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Oświadczam, iż (proszę zaznaczyć „x”):

5. Jestem osobą niesamodzielną – wszyscy uczestnicy projektu muszą być niesamodzielnymi (należy dołączyć zaświadczenie lekarskie)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
6. Jestem osobą niepełnosprawną (należy dołączyć kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



<p>1. Jestem osobą, której dochód nie przekracza 150% kryterium dochodowego, tj.: (ile dostają „na rękę”) a. Osoba samotnie gospodarująca - dochód do 951,00 zł b. Osoba w rodzinie, dochód na członka rodziny - 771,00 zł</p>	<p><input type="checkbox"/>Tak <input type="checkbox"/>Nie <input type="checkbox"/>Tak <input type="checkbox"/>Nie</p>
<p>2. Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa na lata 2016-2020</p>	<p><input type="checkbox"/>Tak <input type="checkbox"/>Nie</p>
<p>3. Jestem osoba korzystającą z pomocy społecznej <i>(należy dołączyć zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej)</i></p>	<p><input type="checkbox"/>Tak <input type="checkbox"/>Nie</p>

W ramach projektu jestem zainteresowana/ zainteresowany: - **zaznaczają wstępnie co uczestnicy chcą (nieobowiązkowa)**

- Pobytem w dziennym domu opieki
- Usługami opiekuńczymi (pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opieka higieniczna, pielęgnacja zalecona przez lekarza, zapewnienie kontaktu z otoczeniem)
- Specjalistycznymi usługami opiekuńczymi (pielęgnacja i wspieranie procesu leczenia (pomoc i asystowanie), rehabilitacja fizyczna i usprawnienie zaburzonych funkcji organizmu)
- Teleopieką (zdalne, całodobowe monitorowanie stanu zdrowia i reagowanie na kryzysy zdrowotne)
- Sąsiedzkimi usługami opiekuńczymi (pomoc w codziennych czynnościach domowych świadczona przez osoby blisko zamieszkujące)

.....
Data i podpis uczestnika – **data wypełnienia formularza i podpis osoby lub opiekuna prawnego**

