



Załącznik nr 1a do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
pn. „Utworzenie Placówki Diennej Opieki na terenie gminy Krynica-Zdrój”

Data wpływu do Organizatora: Dodatkowe:

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY - OSOBA NIESAMODZIELNA

1. Dane kandydata - osoba niesamodzielna

IMIĘ:											
NAZWISKO:											
PESEL:											
PŁEĆ:	☐ kobieta					☐ mężczyzna					
DATA URODZENIA						WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:					
WYKSZTAŁCENIE:	☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)										
	☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub Policealne (ISCED 4)										
	☐ Wyższe (ISCED 5-8)										
DANE KONTAKTOWE:											
Województwo:											
Powiat:											
Gmina:											
Miejscowość:						Kod pocztowy:					
Ulica:						Nr budynku:			Nr lokalu:		
Telefon kontaktowy:											
Adres e-mail:											
Obszar (uzupełnia pracownik projektu)											

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI ZAWODOWEJ	
Prosimy o zaznaczenie jednej odpowiedzi: (z ewentualnym zaznaczeniem długotrwałej bezrobotności w przypadku osób bezrobotnych bądź osoby uczącej się lub kształcącej):	
☐ Osoba pracująca:	
☐ Jestem bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Urzędzie Pracy), w tym: ☐ długotrwanie bezrobotna/y (nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)*	
☐ Jestem bezrobotna/y (niezarejestrowana/y w Urzędzie Pracy), w tym: ☐ długotrwanie bezrobotna/y (nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)*	
☐ Jestem bierna/y zawodowo, w tym: ☐ osoba uczącą się lub kształcąca Za osoby bierne zawodowo mogą zostać uznane: – Studenci studiów stacjonarnych są uznawani za osoby bierne zawodowo. – Studenci studiów niestacjonarnych są uznawani za osoby bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane jako osoby bezrobotne. – Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne. – Osoby w wieku emerytalnym. – Osoby posiadające uprawnienia rentowe.	
DANE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA	
Osoba obcego pochodzenia	☐ Tak ☐ Nie
Osoba państwa trzeciego	☐ Tak ☐ Nie
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmawiam podania informacji*
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ Tak ☐ Nie

DANE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA	
Osoba z niepełnosprawnościami (posiadająca stwierdzony stopień niepełnosprawności)	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmawiam podania informacji*

* Uczestnik projektu ma prawo odmowy podania danych wrażliwych. W takiej sytuacji należy zaznaczyć w formularzu odpowiedź „odmawiam podania danych”, co stanowi potwierdzenie, że podjęto działania w celu zebrania przedmiotowych danych.

2. Kryteria udziału w projekcie

a) Kryteria obligatoryjne

moje miejsce zamieszkania znajduje się (w rozumieniu KC) na terenie Gminy Krynica-Zdrój	TAK ☐	NIE ☐
jestem osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym ze względu na wiek	TAK ☐	NIE ☐

b) Kryteria preferencyjne (należy zaznaczyć właściwe pola)

Niniejszym oświadczam, że przysługują mi preferencje w dostępie do oferowanego wsparcia z uwagi na spełnianie następujących kryteriów premiujących:		
Kryterium 1 preferencje otrzymują osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu <u>niepełnosprawności</u> , (10 pkt)	TAK ☐	NIE ☐
Kryterium 2 preferencje otrzymują osoby z <u>niepełnosprawnością sprzężoną</u> , (10 pkt)	TAK ☐	NIE ☐
Kryterium 3 preferencje otrzymują osoby z <u>chorobami psychicznymi</u> , (10 pkt)	TAK ☐	NIE ☐
Kryterium 4 preferencje otrzymują osoby z niepełnosprawnością intelektualną, (10 pkt)	TAK ☐	NIE ☐
Kryterium 5 preferencje otrzymują osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z ICD10), (10pkt)	TAK ☐	NIE ☐
Kryterium 6 preferencje otrzymują osoby korzystające z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, (10 pkt)	TAK ☐	NIE ☐
Kryterium 7 preferencje otrzymują osoby zamieszkujące samotnie, (10 pkt)	TAK ☐	NIE ☐
Kryterium 8 preferencje otrzymują osoby w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożone bezdomnością (w zakresie wsparcia mieszkaniowego), (10pkt)	TAK ☐	NIE ☐

Niniejszym oświadczam, że przysługują mi preferencje w dostępie do oferowanego wsparcia z uwagi na spełnianie następujących kryteriów premiujących:

Kryterium 9 preferencje otrzymują dzieci wychowujące się poza rodziną biologiczną, (10 pkt)	TAK ☐	NIE ☐
Kryterium 10 preferencje otrzymują osoby w wieku powyżej 60 roku życia, (5 pkt)	TAK ☐	NIE ☐

Spełnianie kryteriów preferencyjnych należy potwierdzić, dołączając do formularza zgłoszeniowego określone dokumenty źródłowe. W przypadku nieprzedłożenia dokumentów potwierdzających spełnianie kryteriów preferencyjnych oraz w sytuacji braku potwierdzenia okoliczności zawartych w zaświadczeniu - nie uwzględnia się danego kryterium.

3. KWESTIONARIUSZ OCENY POTRZEBY WSPARCIA I OPIEKI

KWESTIONARIUSZ OCENY POTRZEBY WSPARCIA I OPIEKI			
1. OCENA WYKONYWANIA CZYNNOŚCI W ZAKRESIE SAMOOBŚŁUGI	Osoba jest samodzielna, nie wymaga wsparcia i opieki X= 0 pkt	Osoba wymaga pomocy częściowej lub okresowej ze strony innych osób w wykonywaniu co najmniej jednej czynności z katalogu X= 1 pkt	Osoba nie jest w stanie wykonywać większości czynności z katalogu, nawet przy wsparciu X= 2 pkt
- HIGIENA CIAŁA (mycie włosów, kąpiel, toaleta jamy ustnej, obcinanie paznokci, golenie)			
- ZAŁATWIANIE POTRZEB FIZJOLOGICZNYCH (kontrola nad czynnościami wydalniczymi, korzystanie z toalety, dojście do toalety i powrót)			
- UBIERANIE SIĘ I ROZBIERANIE (przygotowanie ubrań adekwatnie do warunków pogodowych,			

KWESTIONARIUSZ OCENY POTRZEBY WSPARCIA I OPIEKI			
ubieranie się, zapinanie guzików, zakładanie i sznurowanie butów, zdjęcie ubrania)			
- ODŻYWIANIE sięganie po jedzenie, wkładanie pokarmu do ust, posługiwanie się sztućcami, przygotowanie posiłków, przyjmowanie leków			
2. OCENA PORUSZANIA SIĘ	Osoba samodzielnie się porusza, bez żadnej pomocy X= 0 pkt	Osoba wymaga pomocy częściowej lub okresowej ze strony innych osób/ sprzętów pomocniczych jak kula, chodzik, laska przy wykonywaniu co najmniej jednej czynności z katalogu X= 1 pkt	Osoba nie jest w stanie poruszać się, nawet przy wsparciu innych osób/sprzętów pomocniczych w jakimkolwiek obszarze X = 2 pkt
- W MIESZKANIU (wstawanie z łóżka i powrót do niego, siadanie, chodzenie w obrębie mieszkania)			
- POZA MIESZKANIEM (chodzenie po schodach, opuszczanie mieszkania i powrót do niego, korzystanie ze środków komunikacji, przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania)			

KWESTIONARIUSZ OCENY POTRZEBY WSPARCIA I OPIEKI			
3. OCENA WYKONYWANIA CZYNNOŚCI ZWIĄZANYCH Z PROWADZENIEM GOSPODARSTWA DOMOWEGO	Osoba jest samodzielna, nie wymaga wsparcia i opieki X= 0 pkt	Osoba wymaga pomocy częściowej lub okresowej ze strony innych osób w wykonywaniu co najmniej jednej czynności z katalogu X= 1 pkt	Osoba nie jest w stanie wykonywać większości czynności z katalogu, nawet przy wsparciu X = 2 pkt
- CZYNNOŚCI GOSPODARCZE (sprzątanie, mycie okien, mycie podłóg, pranie, prasowanie, robienie zakupów)			
- RZYGOTOWYWANIE POSILKÓW (przygotowywanie posiłków. Zwłaszcza ciepłych, obsługa urządzeń niezbędnych do gotowania)			
4. OCENA KOMUNIKOWANIA SIĘ Z OTOCZENIEM	Osoba komunikuje się samodzielnie, nie wymaga wsparcia X= 0 pkt	Osoba wymaga pomocy w co najmniej jednym obszarze umiejętności komunikacyjnych w związku z problemami ze słuchem, wzrokiem, pamięcią (np. noszenie aparatu słuchowego, okularów), wymaga podpowiedzi; porozumiewa się gestem, pojedynczymi słowami itp.) X= 1 pkt	Osoba niezdolna do komunikowania się, nawet przy wsparciu (np. nie mówi, nie spełnia poleceń, nie rozumie mowy) X = 2 pkt
- mówienie - rozumienie mowy - wykonywanie poleceń - słyszenie			

KWESTIONARIUSZ OCENY POTRZEBY WSPARCIA I OPIEKI

5. OCENA UCZESTNICTWA W ŻYCIU SPOŁECZNYM	Osoba nie wymaga wsparcia w utrzymaniu kontaktów interpersonalnych, załatwianiu spraw, organizacji swojego czasu wolnego X= 0 pkt	Osoba wymaga wsparcia co najmniej jednym obszarze z katalogu, by uczestniczyć w życiu społecznym 0 z uwagi na np. poczucie osamotnienia związane z utratą osób bliskich, rozluźnienie więzi rodzinnych, konflikty, oddalenie od bliskich w przestrzeni geograficznej; - z uwagi na chorobę np. depresję, demencję; - z uwagi na niepełnosprawność, X= 1 pkt	Osoba niezdolna do komunikowania się, nawet przy wsparciu (np. nie mówi, nie spełnia poleceń, nie rozumie mowy) X = 2 pkt
- umiejętność nawiązywania i utrzymywania kontaktów interpersonalnych, - umiejętność rozwiązywania codziennych problemów, - umiejętność załatwiania spraw urzędowych i spraw w placówkach służby zdrowia, - umiejętność podejmowania decyzji dotyczących własnej osoby, - umiejętność organizacji czasu wolnego, - umiejętność korzystania z dostępnej oferty kulturalnej, sportowej, rekreacyjnej			

KWESTIONARIUSZ OCENY POTRZEBY WSPARCIA I OPIEKI			
RAZEM PUNKTACJA:			

Wynik: (osoba jest samodzielna: 0 pkt, osoba wymaga wsparcia lub opieki: 1pkt, osoba niezdolna do wykonywania czynności: 2 pkt.)

>15 punktów: znaczne upośledzenie sprawności

3-15 punktów: umiarkowane upośledzenie sprawności

0-2 punkty: osoby sprawne w zakresie czynności życia codziennego

ANKIETA POTRZEB DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI		
Rodzaj potrzeby	Proszę opisać potrzebę	Nie zgłaszam specjalnych potrzeb lub nie dotyczy
Dostosowanie przestrzeni z uwagi na ograniczenia ruchowe:		☐
Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów projektowych/ warsztatowych:		
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:		
Zapewnienie tłumacza języka migowego:		
Dostosowanie czasu/zwolnienie tempa ze względu na konieczność tłumaczenia na język migowy:		
Wydłużony/adekwatny czas wsparcia:		
Umożliwienie powrotu do przekazywania treści		
Umożliwienie dostosowania godz. zajęć do potrzeb UP:		
Zapewnienie asystenta osobie z niepełnosprawnością		
Inne:		

Oświadczenia:

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Utworzenie Placówki Diennej Opieki na terenie gminy Krynica-Zdrój” oświadczam, że:

1. dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Beneficjenta w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. Zostałem pouczony o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
2. zapoznałam/em się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* pn. „Utworzenie Placówki Diennej Opieki na terenie gminy Krynica-Zdrój”, akceptuję jego treść i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nim zawartych;
3. spełniam wszystkie kryteria dostępu (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie;
4. 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.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis kandydata