



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

**do projektu „Dzienny Dom Pomocy w Zagorzycach”  
realizowanego przez Caritas Diecezji Rzeszowskiej  
w ramach Działania 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych  
i zdrowotnych RPO WP na lata 2014-2020**

Informacje wypełniane przez osobę przyjmującą formularz:	
Data przyjęcia formularza:	
Numer formularza:	DDP/.../2020 Dzienny Dom Pomocy/ ... /Kolejny numer /2020
Podpis osoby przyjmującej formularz	

### **CZĘŚĆ I – DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA) – OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

1. Nazwisko i imię		
2. Data i miejsce urodzenia	(dd/mm/rrrr)	(miejsce urodzenia)
3. Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna
4. Adres zameldowania/zamieszkania		
Ulica/Miejscowość, nr domu/nr lokalu		
Miejscowość		
Kod pocztowy		
Gmina		
Powiat / Województwo		



6. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zameldowania)																					
7. Telefon stacjonarny																					
8. Telefon kontaktowy																					
9. Adres e-mail																					
10. PESEL	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

## CZĘŚĆ II – INFORMACJE O STATUSIE KANDYDATA NA DZIEŃ ZŁOŻENIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO

<b>1. Spełnianie kryterium formalnego (proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)</b>
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu na podstawie zaświadczenia lekarskiego
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że nie mam możliwości samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowej czynności dnia codziennego tj: - ..... - .....
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą powyżej 60 roku życia
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w województwie podkarpackim na terenie: powiatu Ropczycko-sędziszowskiego
<b><u>Do Formularza Rekrutacyjnego dołączam/zobowiązuje się dołączyć następujące załączniki potwierdzające spełnienie przeze mnie kryteriów dostępu:</u></b>
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu/niekorzystaniu ze świadczeń opiekuńczych (W przypadku korzystania z w/w świadczeń należy na zaświadczeniu określić rodzaj wsparcia) zobowiązuje się dołączyć do dnia.....
<input type="checkbox"/> Oświadczenie, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w województwie podkarpackim na terenie: powiatu Ropczycko-sędziszowskiego
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie stwierdzające, iż jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Zobowiązuje się dołączyć do dnia .....



2. Spełnienie kryterium premiującego (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- Oświadczam, że jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (należy załączyć kserokopię Orzeczenia o niepełnosprawności).
- Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną i osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym ON intelektualną i osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (należy załączyć kserokopię Orzeczenia o niepełnosprawności).
- Oświadczam, że korzystam z PO PŻ (zakres wsparcia nie będzie powielać działań, które otrzymuję ja lub moja rodzina z PO PŻ w ramach działań towarzyszących o których mowa w PO PŻ. (Należy dołączyć zaświadczenie z właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej).
- Oświadczam, że doświadczam wielokrotnego wykluczenia (Należy dołączyć oświadczenie)
- Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą (należy dołączyć oświadczenie Kandydata/Kandydatki do projektu).
- Oświadczam, że jestem osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą
- Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą i posiadam dochód przekraczający ww. kryterium dochodowe. Mój dochód wynosi: .....
- Oświadczam, że nie jestem osobą samotnie gospodarującą i posiadam dochód przekraczający ww. kryterium dochodowe. Mój dochód wynosi: .....

### CZĘŚĆ III – OŚWIADCZENIA

1. Wyrażam zgodę na udział w Projekcie „Dzienny Dom Pomocy w Zagorzycach” realizowanym przez Caritas Diecezji Rzeszowskiej w okresie 01.03.2020 – 31.12.2022 roku 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.
2. Zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie.
3. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych w celu monitoringu oraz ewaluacji projektu zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony



osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. Dane te przechowywane będą przez Beneficjenta i udostępniane podmiotom trzecim dla zapewnienia prawidłowej realizacji projektu. W związku z powyższym mam świadomość o celu zbierania tych danych, prawie wglądu do swoich danych oraz możliwości ich poprawiania.

4. Wyrażam zgodę na publikację i rozpowszechnianie mojego wizerunku w mediach i materiałach promocyjnych dotyczących projektu „Dzienny Dom Pomocy w Zagorzycach”.
5. Przyjmuję do wiadomości, że:
  - dane zawarte w niniejszym Formularzu mogą być weryfikowane przez Beneficjenta,
  - złożenie nieprawdziwego oświadczenia może być potraktowane jako próba wyłudzenia środków rzeczowych i może podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.
6. Niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(podpis Kandydata/Kandydatki do projektu)

**Załączniki:**

1. Oświadczenie o zamieszkaniu (*obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka*);
2. Oświadczenie o wielkości gospodarstwa domowego (*osoby samotnie gospodarujące*);
3. Zaświadczenie dotyczące korzystania/niekorzystania z pomocy z PO PŻ (*obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka*);
4. Zaświadczenie dotyczące korzystania/niekorzystania z usług opiekuńczych (*obligatoryjnie załącza każdy kandydat*);
5. Zaświadczenie lekarskie (*obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka*);
6. Orzeczenie o niepełnosprawności lub dokument równoważny (*jeżeli dotyczy*);
7. Oświadczenie o wielokrotnym wykluczeniu (*jeżeli dotyczy*).

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.

.....  
(data i czytelny podpis osoby reprezentującej Beneficjenta projektu)



**DECYZJA KOMISJI REKRUTACYJNEJ:**

Kandydat **SPEŁNIA / NIE SPEŁNIA** kryteria dostępu do udziału w projekcie.

UZASADNIENIE (jeśli nie spełnia)

.....  
.....

**Kryteria premiujące:**

<input type="checkbox"/>	Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	8 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną i osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym ON intelektualna i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	9 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba korzysta z PO PŻ	6 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba oświadcza, że doświadcza wielokrotnego wykluczenia	10 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba oświadcza, że jest osobą samotnie gospodarującą	7 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą	5 pkt.
<b>Łączna liczba uzyskanych punktów:</b>		<u>.....</u>

Data .....

1. Członek Komisji Rekrutacyjnej .....
2. Członek Komisji Rekrutacyjnej .....
3. Członek Komisji Rekrutacyjnej .....



---

.....

(Imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki)

.....

(Miejscowość, data)

## Oświadczenie o zamieszkaniu

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że w dniu złożenia Formularza zgłoszeniowego do projektu „**Dzienny Dom Pomocy w Zagorzycach**” (realizowanego przez Caritas Diecezji Rzeszowskiej w okresie 01.03.2020 – 31.12.2022 roku 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) **mieszkam w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w województwie podkarpackim na terenie powiatu ropczycko-sędziszowskiego.**

.....

(Podpis Kandydata/Kandydatki)



---

.....  
(Imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki)

.....  
(Miejscowość, data)

## Oświadczenie o wielkości gospodarstwa domowego

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe.

.....  
(Podpis Kandydata/Kandydatki)



.....  
(Pieczęć Ośrodka Pomocy Społecznej)

.....  
(Miejscowość, data)

### Zaświadczenie dotyczące korzystania/niekorzystania z pomocy z PO PŻ

Zaświadcza się, że Pan/i ..... zamieszkały/a .....  
..... PESEL..... **korzysta/nie korzysta**<sup>1</sup> z pomocy żywnościowej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

Pan/i skorzystał/a z następujących działań towarzyszących<sup>2</sup>:

- warsztaty kulinarne dla różnych grup pokoleniowych z udziałem ekspertów kulinarnych, kuchmistrzów, dietetyków, pokazujące różne możliwości przygotowania i wykorzystania artykułów spożywczych;
- warsztaty dietetyczne i dotyczące zdrowego żywienia;
- programy edukacyjne propagujące zasady zdrowego odżywiania i przeciwdziałanie marnowaniu żywności;
- warsztaty edukacji ekonomicznej (nauka tworzenia, realizacji i kontroli budżetu domowego, ekonomicznego, prowadzenia gospodarstwa domowego, z uwzględnieniem wszystkich finansowych i rzeczowych dochodów rodziny, w tym darów żywnościowych);
- inne, tj.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(podpis i pieczęć kierownika  
Ośrodka Pomocy Społecznej)

<sup>1</sup> Właściwie podkreślić

<sup>2</sup> Uzupełnić w przypadku osób korzystających z PO PŻ wybierając spośród podanych, w przypadku osób, które skorzystały z innych działań należy wpisać z jakich





.....  
(Pieczęć Ośrodka Pomocy Społecznej)

.....  
(Miejscowość, data)

## **Zaświadczenie dotyczące korzystania z usług opiekuńczych**

Zaświadcza się, że Pan/i ..... zamieszkały/a .....  
..... PESEL.....  
**korzysta/nie korzysta** z usług opiekuńczych.

Pan/i korzystał/a z następujących usług opiekuńczych<sup>3</sup>:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(podpis i pieczęć kierownika  
Ośrodka Pomocy Społecznej)

---

<sup>3</sup> Uzupelnic w przypadku osób korzystajacych z uslug opiekuńczych.



.....  
(Pieczęć)

.....  
(Miejscowość, data)

**Zaświadczenie lekarskie**  
**(na potrzeby skorzystania z usług**  
**Dziennego Domu Pomocy w Zagorzycach)**

Zaświadcza się, że Pan/i ..... zamieszkały/a .....

..... PESEL.....

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Pan/i ..... **wymaga/nie wymaga**<sup>4</sup> pomocy innych osób.

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

---

<sup>4</sup> Właściwie podkreślić



.....  
(Imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki)

.....  
(Miejscowość, data)

### OŚWIADCZENIE O DOŚWIADCZANIU WIELOKROTNEGO WYKLUCZENIA

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że doświadczam wielokrotnego wykluczenia z uwagi na przynależność do grup osób wskazanych w rozdziale 3 pkt. 15 Wytucznych w zakresie realizacji przedsięwzięć obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 tj.:

- osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające 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;
- osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969);
- osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, z późn. zm.);
- osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytucznych 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 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytucznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;
- członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;
- osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytucznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- osoby odbywające kary pozbawienia wolności;
- osoby korzystające z PO PŻ.

.....  
(Podpis Kandydata/Kandydatki)