**WNIOSEK**

**O PRZYJĘCIE DO PROJEKTU „Dzienny Dom Pomocy w myczkowcach - kontynuacja”,**

**REALIZOWANEGO W MYCZKOWCACH PRZEZ CARITAS DIECEZJI RZESZOWSKIEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| *Informacje wypełniane przez osobę przyjmującą wniosek:* | |
| Data wpływu i podpis osoby przyjmującej wniosek: | …………………………………………………… |

**CZĘŚĆ I:** DANE OSOBY NIESAMODZIELNEJ UBIEGAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO PROJEKTU:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Forma wsparcia, o którą się ubiegam (wybraną zaznaczyć): | * pobyt w Dziennym Domu Pomocy w Myczkowcach * opieka mobilna, w miejscu zamieszkania | | | | | | | | | | | |
| 1. Nazwisko i imię |  | | | | | | | | | | | |
| 1. Data i miejsce urodzenia |  | | | | | | | | | | | |
| 1. Wiek kandydata | ……………… LAT | | | | | | | | | | | |
| 1. Pesel |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 1. Płeć | * kobieta | | | | | | * mężczyzna | | | | | |
| 1. Adres zamieszkania: | * województwo podkarpackie | | | | | | * powiat leski | | | | | |
| 1. Gmina | * Baligród * Cisna * Lesko * Olszanica * Solina | | | | | | | | | | | |
| 1. Kod pocztowy, poczta |  | | | | | | | | | | | |
| 1. Ulica lub miejscowość, nr domu |  | | | | | | | | | | | |
| 1. Telefon/y kontaktowy/e (podać imię i nazwisko użytkownika tel.) |  | | | | | | | | | | | |
| 1. Adres e-mail |  | | | | | | | | | | | |
| 1. Wykształcenie | * Niższe niż podstawowe * Podstawowe * Gimnazjalne * Ponadgimnazjalne/średnie * Policealne * Wyższe | | | | | | | | | | | |

**CZĘŚĆ II**: OŚWIADCZENIA KANDYDATA W ZAKRESIE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW FORMALNYCH   
I PREMIUJĄCYCH W PROJEKCIE NA DZIEŃ ZŁOŻENIA FORMULARZA

|  |
| --- |
| **Spełnianie kryterium formalnego** *(jeśli wnioskodawca spełnia poniższe kryterium, proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)* |
| * Oświadczam, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie powiatu leskiego, w województwie podkarpackim. * Do Wniosku załączamzaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza POZ |
| **Spełnianie kryteriów premiujących** *(jeśli wnioskodawca spełnia poniższe kryterium/-ia, proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)* |
| * Oświadczam, że jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia, rozumianego jako występowanie więcej niż jednej z przesłanek, o której mowa *w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie (10 pkt) – jeśli tak, proszę wypełnić oświadczenie nr 1.* * Oświadczam, że jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (jeśli tak, *należy załączyć kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności) (10 pkt).* * Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną (u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności) i/lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną i osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (jeśli tak, *należy załączyć kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności) (5 pkt).* * Oświadczam, że jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa *(jeśli tak, należy załączyć zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o zakresie udzielanego wsparcia) (10 pkt).* * Oświadczam, że jestem osobą starszą, potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, **samotnie gospodarującą,** której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę tj. **1 164 zł** (wg Ustawy z 12 marca 2004 r.) *(10 pkt).* * Oświadczam, że jestem osobą starszą, potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, **zamieszkującą z rodziną**, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę w rodzinie tj. **900 zł** *(10 pkt).* * Kobieta (2 pkt). |

**CZEŚĆ III**: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE – ZGODNE Z ZAKRESEM DANYCH PRZETWARZANYCH W SYSTEMIE SL2014

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:** | | |
| **Osoba bierna zawodowo** *[osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna]* | * TAK | * NIE |
| w tym: | * Emeryt lub rencista * Osoba ucząca się * Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu * Inne……………………………………………….. | |
| Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | * TAK | * NIE |
| Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | * TAK | * NIE |
| Osoba długotrwale bezrobotna *[młodzież (poniżej 25 lat) przez okres ponad 6 miesięcy, dorośli (25 lat lub więcej) przez okres ponad 12 miesięcy]* | * TAK | * NIE |
|  | | |
| **Osoba pracująca** | * w organizacji pozarządowej * w administracji rządowej * w administracji samorządowej * w mikroprzedsiębiorstwie *(do 9 pracowników)* * w małym przedsiębiorstwie *(od 10 do 49 pracowników)* * w dużym przedsiębiorstwie *(od 50 do 249 pracowników)* * w dużym przedsiębiorstwie *(powyżej 250 pracowników)* * osoba prowadząca działalność na własny rachunek * inne | |
| Wykonywany zawód | * instruktor praktycznej nauki zawodu * nauczyciel kształcenia ogólnego * nauczyciel wychowania przedszkolnego * nauczyciel kształcenia zawodowego * pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia * kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej * pracownik instytucji rynku pracy * pracownik instytucji szkolnictwa wyższego * pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej * pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej * pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej * rolnik * inny……………………….. | |
| Proszę o wskazanie miejsca zatrudnienia |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | * TAK | * NIE |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | * TAK | * NIE |
| Osoba z niepełnosprawnościami | * TAK | * NIE |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | * TAK | * NIE |

**CZĘŚĆ IV.:** **OŚWIADCZENIA DODATKOWE**

1. Wyrażam zgodę na udział w projekcie „*Dzienny Dom Pomocy w Myczkowcach - kontynuacja*”, wdrażanym przez Caritas Diecezji Rzeszowskiej w okresie od **01.10.2023 do 30.12.2023 r**., 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 Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 z późn.zm ). 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 aktualizacji.
4. Wyrażam zgodę na publikację i rozpowszechnianie mojego wizerunku w mediach i materiałach promocyjnych dotyczących niniejszego projektu.
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.

1. **Niniejszym oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.**

………………………….................………. …………………………………….………………

*Miejscowość, data Podpis*