

## WNIOSEK

**O PRZYJĘCIE DO PROJEKTU „DZIENNY DOM POMOCY W MYCZKOWCACH I DOMOWE USŁUGI OPIEKUŃCZE”, 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 UBIELAJĄCEJ SIĘ O PRZYJĘCIE DO PROJEKTU:**

1. Forma wsparcia, o którą się ubiegam (wybraną zaznaczyć):	<input type="checkbox"/> pobyt w Dziennym Domu Pomocy w Myczkowcach <input type="checkbox"/> opieka mobilna, w miejscu zamieszkania													
2. Nazwisko i imię														
3. Wiek kandydata	..... LAT													
4. Pesel	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>													
5. Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna												
6. <u>Adres zamieszkania:</u>	<input type="checkbox"/> województwo podkarpackie	<input type="checkbox"/> powiat leski												
7. Gmina	<input type="checkbox"/> Baligród <input type="checkbox"/> Cisna <input type="checkbox"/> Lesko <input type="checkbox"/> Olszanica <input type="checkbox"/> Solina													
8. Kod pocztowy, poczta														
9. Ulica lub miejscowość, nr domu														
10. Telefon/y kontaktowy/e (podać imię i nazwisko użytkownika tel.)														
11. Adres e-mail														
12. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne/średnie <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe													

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

<p><b>Spełnianie kryterium formalnego</b> (jeśli wnioskodawca spełnia poniższe kryterium, proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)</p>	
<p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie powiatu leskiego, w województwie podkarpackim.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Do Wniosku załączam zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza POZ</b></p>	
<p><b>Spełnianie kryteriów premiujących</b> (jeśli wnioskodawca spełnia poniższe kryterium/-ia, proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)</p>	
<p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (jeśli tak, należy załączyć <u>kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności</u>) (10 pkt.).</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną (u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności) (jeśli tak, należy załączyć <u>kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności</u>) (5 pkt.)</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi (jeśli tak, należy załączyć <u>kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub potwierdzające zaświadczenie lekarskie</u>) (5 pkt.)</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną (jeśli tak, należy załączyć <u>kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności</u>) (5 pkt.)</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi wg. klasyfikacji ICD 10 (jeśli tak, należy załączyć <u>kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności</u>) (5 pkt.)</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą korzystającą z Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową na lata 2021 – 2027 (FE PŻ) (5 pkt.)</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą samotnie (10 pkt.)</p> <p><input type="checkbox"/> Kobieta (2 pkt.)</p>	
<p><b>Oświadczenie o nieprzekraczaniu 150% kryterium dochodowego pomocy społecznej:</b></p>	
<p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą <u>zamieszkującą samotnie</u>, której <u>dochód nie przekracza</u> 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę tj. <b>1 164 zł</b> (wg Ustawy z 12 marca 2004 r.).</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą <u>zamieszkującą z rodziną</u>, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę w rodzinie tj. <b>900 zł</b>.</p>	

## CZĘŚĆ 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]	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym:	<input type="checkbox"/> Emeryt lub rencista <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Inne.....	
Osoba bezrobotna <u>zarejestrowana</u> w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Osoba bezrobotna <u>niezarejestrowana</u> w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba długotrwale bezrobotna [ <i>młodzież (poniżej 25 lat) przez okres ponad 6 miesięcy, dorośli (25 lat lub więcej) przez okres ponad 12 miesięcy</i> ]	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

<b>Osoba pracująca</b>	<input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w mikroprzedsiębiorstwie ( <i>do 9 pracowników</i> ) <input type="checkbox"/> w małym przedsiębiorstwie ( <i>od 10 do 49 pracowników</i> ) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie ( <i>od 50 do 249 pracowników</i> ) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie ( <i>powyżej 250 pracowników</i> ) <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne
Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

#### CZĘŚĆ IV.: OŚWIADCZENIA DODATKOWE

- Wyrażam zgodę na udział w projekcie „Dzienny Dom Pomocy w Myczkowcach i domowe usługi opiekuńcze”, wdrażanym przez Caritas Diecezji Rzeszowskiej w okresie od **01.01.2024 do 31.12.2026 r.**, w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia na lata 2021 -2027, priorytet FEPK.07 Kapitał ludzki gotowy do zmian, działanie 07.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej.
- Zapoznałem /am się i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
- Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych w celu monitoringu oraz ewaluacji projektu (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 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.
- Wyrażam zgodę na publikację i rozpowszechnianie mojego wizerunku w mediach i materiałach promocyjnych dotyczących niniejszego projektu.
- 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.
- Niniejszym oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.**

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Podpis*