

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 POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU, UBIEGAJĄCEJ 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. Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> obywatel innego kraju UE <input type="checkbox"/> obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec													
4. Wiek kandydata lat(a)													
5. 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>													
6. Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna												
7. <u>Adres zamieszkania:</u>	<input type="checkbox"/> województwo podkarpackie	<input type="checkbox"/> powiat leski												
8. Gmina	<input type="checkbox"/> Baligród <input type="checkbox"/> Cisna <input type="checkbox"/> Lesko <input type="checkbox"/> Olszanica <input type="checkbox"/> Solina													
9. Kod pocztowy, poczta														
10. Ulica lub miejscowość, nr domu														
11. Telefon/y kontaktowy/e (podać imię i nazwisko użytkownika tel.)														
12. Adres e-mail														
13. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Podstawowe lub gimnazjalne <input type="checkbox"/> Średnie, ponadgimnazjalne, zawodowe, policealne <input type="checkbox"/> 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 załączam zaświadczenie 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 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) (jeśli tak, należy załączyć kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności) (5 pkt.).
- Oświadczam, że jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi (jeśli tak, należy załączyć kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub potwierdzające zaświadczenie lekarskie) (5 pkt.).
- Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną (jeśli tak, należy załączyć kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności) (5 pkt.).
- Oświadczam, że jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi wg. klasyfikacji ICD 10 (jeśli tak, należy załączyć kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności) (5 pkt.).
- Oświadczam, że jestem osobą korzystającą z Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową na lata 2021 – 2027 (FE PŻ) (5 pkt.).
- Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą samotnie (10 pkt.).
- Kobieta (2 pkt.).

Oświadczenie o nieprzekraczaniu 150% kryterium dochodowego pomocy społecznej:

- Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą samotnie, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę tj. **1 164 zł** (wg Ustawy z 12 marca 2004 r.).
- Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą z rodziną, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę w rodzinie tj. **900 zł**.

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/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Inne.....	
Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Osoba długotrwale bezrobotna (przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
--	------------------------------	------------------------------

Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej
	<input type="checkbox"/> w administracji rządowej
	<input type="checkbox"/> w administracji samorządowej, z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty
	<input type="checkbox"/> w MMŚP (<i>do 49 pracowników</i>)
	<input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie
	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek
	<input type="checkbox"/> w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
	<input type="checkbox"/> szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
	<input type="checkbox"/> szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
	<input type="checkbox"/> szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
	<input type="checkbox"/> na uczelni
	<input type="checkbox"/> w instytucie naukowym
	<input type="checkbox"/> w instytucie badawczym
	<input type="checkbox"/> w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
	<input type="checkbox"/> w międzynarodowym instytucie naukowym
<input type="checkbox"/> dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki	
<input type="checkbox"/> na rzecz państwowej osoby prawnej	
<input type="checkbox"/> inne	

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<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 obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba państwa trzeciego	<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
Osoba ze specjalnymi potrzebami, np. dieta, winda, itp. (podać jakie)		

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 31.12.2026r.**, 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.

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis