



Projekt realizowany w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, PRIORYTETU 7 – Fundusze Europejskie wspierające usługi społeczne i zdrowotne w opolskim programie regionalnym FEO 2021-2027, DZIAŁANIE 7.1 – Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa

### **ZAŁĄCZNIK nr 1 do REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**Formularz zgłoszeniowy do Projektu (wypełniają Kandydaci chcący skorzystać z wsparcia)**

<b>TYTUŁ PROJEKTU</b>	<b>„Opieka domowa w powiecie strzeleckim”</b>
<b>Numer ewidencyjny wniosku:</b>	<b>FEOP.07.01-IZ.00-0033/23</b>
<b>NAZWA REALIZATORA PROJEKTU</b>	<b>Strzeleckie Centrum Obsługi Biznesu „SCOB” Marcin Rękawek</b>

*(Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)*

**UWAGA!!!**

Niniejszy Formularz należy wypełnić elektronicznie lub odręcznie drukowanymi literami w języku polskim we wszystkich wymaganych polach – zgodnie z zasadami opisanymi w *Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie – od strony 1-9*

*Ingerencja w treść załącznika poprzez modyfikację jego treści, usuwanie/ skreślanie zapisów i/ lub logotypów w nim zawartych jest niedopuszczalna.*

**NR FORMULARZA:**

**DATA WPŁYWU:**

#### **I. DANE OSOBOWE KANDYDATA/KANDYDATKI:**

<b>Imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Wiek w chwili złożenia dokumentacji zgłoszeniowej:</b>	..... Lat.
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
<b>Obywatelstwo</b>	

**II. ADRES KANDYDATA/KANDYDATKI:**

<b>Ulica:</b>		<b>Nr domu:</b>		<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Miejscowość:</b>		<b>Kod pocztowy:</b>			
<b>Powiat:</b>		<b>Województwo:</b>	Opolskie		

**III. DANE KONTAKTOWE:**

<b>Nr telefonu stacjonarnego:</b>		<b>Nr telefonu komórkowego:</b>	
<b>e-mail</b>			

**IV. DANE DOTYCZĄCE POSIADANEGO WYKSZTAŁCENIA ORAZ Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu**

<b>Wykształcenie:</b>	<b>Statut osoby na rynku pracy:</b>
<input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna <sup>2</sup> zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> W tym długotrwale bezrobotna <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Osoba pracująca <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Emeryt/rencista
<b>Wykonywany zawód:</b> <i>(dotyczy wyłącznie osób pracujących)</i>	
<b>Zatrudniony/a w:</b> <i>(należy wpisać nazwę instytucji/przedsiębiorstwa)</i>	

<sup>1</sup> Osoba, która nie posiada wykształcenia podstawowego w zależności od tego, czy ukończyła zwyczajowo przyjęty wiek na zakończenie edukacji na poziomie wykształcenia podstawowego: a) osoba, która posiada wiek poniżej zwyczajowo przyjętego wieku na zakończenie edukacji na poziomie podstawowym, powinna być przypisana do poziomu wykształcenia podstawowego; b) osoba, która posiada wiek powyżej zwyczajowo przyjętego wieku na zakończenie edukacji na poziomie wykształcenia podstawowego, powinna być przypisana do poziomu wykształcenia niższego niż podstawowe.

<sup>2</sup> Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia; w tym osoba, która nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego.

<sup>3</sup> Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku: - Młodzież (osoby poniżej 25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy. - Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy.

<sup>4</sup> To osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna. Za bierne zawodowo uznaje się m.in. osoby przebywające na urlopie wychowawczym; studentów studiów stacjonarnych.

<sup>5</sup> Za osoby pracujące uznaje się: 1. Osoby prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową; 2. Członka rodziny bezpłatnie pomagającego osobie prowadzącej działalność gospodarczą; 3. Osobę przebywającą na urlopie macierzyńskim/ rodzicielskim.

## V. KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE:

**Prosimy zaznaczyć właściwe „X” przy polu „TAK” lub „NIE”:**

<p><b>1. Jestem osobą, która ukończyła 60 rok życia</b></p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p><b>2. Jestem mieszkańcem województwa opolskiego</b></p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p><b>3. Prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe tj. zamieszkuję samotnie (bez innych osób)</b></p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p><b>4. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, to jest:</b></p> <p><b>A.</b> Jestem osobą z niepełnosprawnością, to jest: a) osobą niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1886, z późn. zm.), b) osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017r., poz. 882, z późn. zm.),</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p><b>B.</b> Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności wydane przez upoważniony organ/w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza,</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p><b>C.</b> Jestem osobą niesamodzielną, tj. osobą, 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,</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p><b>D.</b> Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytucznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów na lata 2014 – 2020,</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p><b>E.</b> Jestem osobą zakwalifikowaną do III profilu pomocy<sup>6</sup>, zgodnie z Ustawą z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. 2017 r., poz. 1065, z późn. zm.),</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>

<sup>6</sup> III profil pomocy - to ustalany przez powiatowy urząd pracy zakres form pomocy dla osób oddalonych od rynku pracy (bezrobotnych), wymagających szczególnego wsparcia ze strony urzędu i innych instytucji rynku pracy, realizowany w ramach indywidualnego planu działania (IPD), który ma pomóc w wejściu lub powrocie na rynek pracy (uzyskaniu zatrudnienia), w tym m.in. Program Aktywizacja i Integracja (prace społecznie użyteczne, grupowe poradnictwo specjalistyczne, warsztaty trenerskie, grupy wsparcia), działania aktywizacyjne zlecone przez urząd pracy, programy specjalne, skierowanie do zatrudnienia wspieranego u pracodawcy lub podjęcia pracy w spółdzielni socjalnej zakładanej przez osoby prawne oraz w uzasadnionych przypadkach poradnictwo zawodowe. Realizacja IPD w tym profilu nie powinna przekroczyć 720 dni.



**F.** Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ),

- TAK  
 NIE

**G.** Jestem osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym, to jest:

- a) bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- b) uzależnioną od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,
- c) chorą psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,
- d) długotrwale bezrobotną w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
- e) zwolnioną z zakładu karnego, mającą trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- f) uchodźcą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- g) osobą niepełnosprawną, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

- TAK  
 NIE

**H.** Jestem osobą (lub członkiem rodziny) korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 Ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, to jest:

- ubóstwa,
- sieroctwa,
- bezdomności,
- bezrobocia,
- niepełnosprawności,
- długotrwałej lub ciężkiej choroby,
- przemocy w rodzinie,
- potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi,
- alkoholizmu lub narkomanii,
- potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności,
- bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych,
- trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d Ustawy z dnia 12 grudnia 2013r. o cudzoziemcach,
- trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego,
- zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej,
- klęski żywiołowej lub ekologicznej,

- TAK  
 NIE



## VI. STATUS KANDYDATA NA DZIEŃ PODPISANIA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO

Prosimy zaznaczyć właściwe „X” (JEŻELI DOTYCZY):

- Osoba należąca do mniejszości narodowej<sup>7</sup> lub etnicznej<sup>8</sup>, migrant, osoba obcego pochodzenia<sup>9</sup>
- Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań<sup>10</sup>
- Osoba z niepełnosprawnościami<sup>11</sup>
- Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)<sup>12</sup>

## VII. KWESTIONARIUSZ ANKIETY:

### 1. Jak ocenił(a)by Pan(i) swój aktualny stan zdrowia? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/

- Dobrze
- Przeciętnie
- Źle
- Bardzo źle

### 2. Proszę wskazać wszystkie osoby, z którymi Pan/i mieszka:/Może Pan(i) wskazać więcej niż jedną odpowiedź/

- Mieszkam sam/a
- Żona/mąż
- Dzieci
- Inne osoby, jakie?.....

### 3. Czy zdiagnozowano u Pana/i chorobę Alzheimera? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/

- Tak
- Nie

<sup>7</sup> Zgodnie z prawem krajowym za mniejszości narodowe uznaje się mniejszość: białoruską, czeską, litewską, niemiecką, ormiańską, rosyjską, słowacką, ukraińską, żydowską.

<sup>8</sup> Za mniejszości etniczne uznaje się mniejszości: karaimską, łemkowską, romską, tatarską.

<sup>9</sup> Cudzoziemiec – to każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa (...) lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

<sup>10</sup> To jest osoba:

1. Bez dachu nad głową (osoba żyjąca w surowych i alarmujących warunkach);
2. Bez miejsca zamieszkania:
  - osoba przebywająca w schroniskach dla: bezdomnych, kobiet, imigrantów;
  - osoba opuszczająca instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze;
  - osoba otrzymująca długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane;
3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoba posiadająca niepewny najem z nakazem eksmisji, osoba zagrożona przemocą);
4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

<sup>11</sup> Osoba niepełnosprawna w rozumieniu *Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz. U. z 2015 r., poz. 1886, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w *Ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz.U. z 2017r., poz. 882, z późn. zm.), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

<sup>12</sup> Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej zaliczamy: osoby z wykształceniem na poziomie niższym niż podstawowe, byłych więźniów, narkomanów, osoby z obszarów wiejskich.

**4. Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca?**

- Tak  
 Nie

**5. Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy?**

- Tak (na co?/proszę wymienić):

1.....

2.....

3.....

4.....

- Nie

**VIII. OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ I AKCEPTACJI REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE ORAZ OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI O WYRAŻENIU ZGODY NA ROZPOWSZECHNIENIE WIZERUNKU:**

Oświadczam, że:

- ✓ zapoznałem/am się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. „**Opieka domowa w powiecie strzeleckim**” współfinansowanym ze środków programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, PRIORYTETU 7 – Fundusze Europejskie wspierające usługi społeczne i zdrowotne w opolskim programie regionalnym FEO 2021-2027, DZIAŁANIE 7.1 – Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa.
- ✓ wyrażam zgodę na nieodpłatne używanie, utrwalanie, powielanie, wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi przez Lidera Projektu – Strzeleckie Centrum Obsługi Biznesu „SCOB” Marcin Rękawek w Strzelcach Opolskich dla celów działań informacyjno – promocyjnych związanych z realizacją Projektu pt. „**Opieka domowa w powiecie strzeleckim**”.

**OŚWIADCZENIE**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą<sup>13</sup>, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą i ze stanem faktycznym.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis Uczestnika Projektu)

<sup>13</sup> Pouczenie: Zgodnie z Art. 233 § 1 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2016 r., poz. 1137, z późn. zm.): Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

**KWALIFIKACJA (OCENA ZDROWOTNA) UCZESTNIKA PROJEKTU****Ocena Kandydata/Kandydatki wg skali Barthel**

LP.	CZYNNOŚĆ	WYNIK
1.	Spożywanie posiłków: 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10-samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0-nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5-większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10-mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15-samodzielny	
3.	Utrzymywanie higieny osobistej: 0-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0-zależny 5-potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała: 0-zależny 5-niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0-nie porusza się lub < 50m 5-niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50m 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50m 15-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0-nie jest w stanie 5-potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10-samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie: 0-zależny 5-potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10-niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu: 0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego: 0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i prze to niesamodzielny 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje mocz	



Fundusze Europejskie  
dla Opolskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



**OPOLSKIE**

**WYNIK KWALIFIKACJI:**

DATA BADANIA	WYWIAD (ROZPOZNANIE, DIAGNOZA)	ZALECENIA	UWAGI