



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 1A do REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

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

TYTUŁ PROJEKTU	„Jesień życia w powiecie strzeleckim”
Numer ewidencyjny wniosku:	FEOP.07.01-IZ.00-0012/24
NAZWA REALIZATORA PROJEKTU	Strzeleckie Centrum Obsługi Biznesu „SCOB” Marcin Rękawek

(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 1-5*

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:

Imię:	
Nazwisko:	
Data urodzenia:	
PESEL:	
Wiek w chwili złożenia dokumentacji zgłoszeniowej: Lat.
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE/bezpaństwowiec

**II. ADRES KANDYDATA/KANDYDATKI:**

Ulica:		Nr domu:		Nr lokalu:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:			
Powiat:	strzelecki	Województwo:	Opolskie		

III. DANE KONTAKTOWE:

Nr telefonu stacjonarnego:		Nr telefonu komórkowego:	
-----------------------------------	--	---------------------------------	--

IV. DANE DOTYCZĄCE POSIADANEGO WYKSZTAŁCENIA ORAZ STATUTU OSOBY NA RYNKU PRACY:

Wykształcenie:	Statut osoby na rynku pracy:
<input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) ¹ <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna ¹ , w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna ² <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo ³ w tym: <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba pracująca ⁴
Wykonywany zawód: <i>(dotyczy wyłącznie osób pracujących)</i>	
Zatrudniony/a w: <i>(należy wpisać nazwę instytucji/przedsiębiorstwa)</i>	

V. RODZAJ FORMY WSPARCIA – prosimy zaznaczyć właściwe „X”

Pielęgniarska opieka długoterminowa

¹ 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.

² 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.

³ To osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna. Za bierne zawodowo uznaje się m.in. osoby przebywające na urlopie wychowawczym; studentów studiów stacjonarnych.

⁴ 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.



VI.A KRYTERIA BEZWZGLĘDNE (WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE):

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

<p>1. Jestem mieszkańcem województwa opolskiego i powiatu strzeleckiego (z wyłączeniem Gminy Izbicko)</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>2. Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, to jest osobą, która ze względu na wiek, 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>

VI.B KRYTERIA DODATKOWE (PUNKKOWANE):

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

<p>1. Jestem osobą niepełnosprawną:</p> <p>A. Jestem osobą z niepełnosprawnością, to jest:</p> <p>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),</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p>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. 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>2. Jestem osobą ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>3. Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną (współistnienie u jednej osoby co najmniej dwóch rodzajów niepełnosprawności)</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>4. Jestem osobą korzystającą z FE PŻ 2021-2027</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>5. Zamieszkuje samotnie (bez innych osób)</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>



VII. STATUS KANDYDATA NA DZIEŃ PODPISANIA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO

Prosimy zaznaczyć właściwe „X” (JEŻELI DOTYCZY):

<input type="checkbox"/> Osoba państwa trzeciego <input type="checkbox"/> Osoba należąca do mniejszości narodowej ⁵ lub etnicznej ⁶ (w tym społeczności marginalizowane) <input type="checkbox"/> Osoba obcego pochodzenia ⁷ <input type="checkbox"/> Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań ⁸ <input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnościami ⁹

VIII. POTRZEBY I MOŻLIWOŚCI UCZESTNIKA PROJEKTU

1. **Potrzeby uczestnika projektu¹⁰** (prosimy zaznaczyć właściwe „X”)

- Świadczenia w zakresie edukacji i promocji zdrowia (edukacja zdrowotna pacjenta)
- Świadczenia pielęgnacyjne i higieniczne w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej
- Świadczenia pielęgniarstwa i lecznicze w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej
- Świadczenia usprawniające w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej
- Świadczenia diagnostyczne w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej
- Pomoc w pozyskaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej
- Usługa transportu
- Inne (specjalne/indywidualne potrzeby Uczestnika Projektu):

.....

⁵ Zgodnie z prawem krajowym za mniejszości narodowe uznaje się mniejszość: białoruską, czeską, litewską, niemiecką, ormiańską, rosyjską, słowacką, ukraińską, żydowską.

⁶ Za mniejszości etnicznej uznaje się mniejszości: karaimską, łemkowską, romską, tatarską.

⁷ Cudzoziemiec – to każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa (...) lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

⁸ 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).

⁹ 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.

¹⁰ Szczegółowy wykaz czynności pielęgniarstwa znajduje się w załączniku nr 4A. do Regulaminu



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

- Tak
 Nie

3. Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca?

- Tak
 Nie

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

- Tak (na co?/proszę wymienić):

1.....

2.....

3.....

4.....

IX. 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. **„Jesień życia w powiecie strzeleckim”** realizowanym 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.
- ✓ wyrażam zgodę na nieodpłatne używanie, utrwalanie, powielanie, wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi przez Strzeleckie Centrum Obsługi Biznesu „SCOB” Marcin Rękawek w Strzelcach Opolskich dla celów działań informacyjno – promocyjnych związanych z realizacją Projektu pt. **„Jesień życia w powiecie strzeleckim”**

OŚWIADCZENIE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą¹¹, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą i ze stanem faktycznym.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Uczestnika Projektu)

¹¹ Pouczenie: Zgodnie z Art. 233 § 1 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2025 r., poz. 46 t.j.): 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.

**KARTA OCENY UCZESTNIKA PROJEKTU****WG SKALI BARTHEL**

Imię i nazwisko:

PESEL:

L/P	NAZWA CZYNNOŚCI */	WARTOŚĆ PUNKTOWA **/
1	Spożywanie posiłków 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, 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) 10= mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15= samodzielny	
3	Utrzymanie 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 50 m 10= spaceruje 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= samodzielny	
9	Kontrolowanie stolca/ zwieracza odbytu 0= nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5= czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10= panuje, utrzymuje mocz	
10	Kontrolowanie moczu/ zwieracza pęcherza moczowego 0=nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5= czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10= panuje, utrzymuje mocz	
WYNIK KWALIFIKACJI***/		

UWAGI:

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

data, pieczęć, podpis
Lekarza Ubezpieczenia Zdrowotnego

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

data, pieczęć, podpis
Pielęgniarki Ubezpieczenia Zdrowotnego

*/ w pkt. 1-10 należy wybrać jedną z możliwości opisującą stan pacjenta

**/ wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

***/ w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów