

Załącznik nr 1 do regulaminu rekrutacji uczestników Projektu pn. „ Usługi zdrowotne dla osób starszych w Powiecie Krapkowickim”

Formularz rekrutacyjny do Projektu pn. „Usługi zdrowotne dla osób starszych w Powiecie Krapkowickim” realizowanego przez Dom Pomocy Społecznej „ANNA” w Krapkowicach w ramach Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2014 – 2020, Oś priorytetowa VIII Integracja Społeczna, działanie 8.1 – Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych

Niniejszy Formularz należy wypełnić drukowanymi literami w języku polskim we wszystkich wymaganych polach bądź zaznaczyć odpowiedź poprzez zakreślenie znakiem „X”.

CZĘŚĆ I

DANE KANDYDANTA/TKI				
I	DANE PODSTAWOWE	1.	Imię	
		2.	Nazwisko	
		3.	Data urodzenia	
		4.	PESEL	
		5.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta
II	ADRES ZAMIESZKANIA	1.	Ulica	
		2.	Nr domu	
		3.	Nr lokalu	
		4.	Miejscowość	
		5.	Kod pocztowy	
		6.	Gmina	
		7.	Powiat	

		8.	Województwo	
III	ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania)	1.	Ulica	
		2.	Nr domu	
		3.	Nr lokalu	
		4.	Kod pocztowy	
		5.	Miejscowość	
IV	NR TELEFONU KONTAKTOWEGO			

CZĘŚĆ II

KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE – właściwe zaznaczyć „X”		TAK	NIE
I	Jestem osobą, która ukończyła 60. rok życia		
II	Jestem mieszkańcem powiatu krapkowickiego		
III	Jestem osobą, która może uczestniczyć w planowanych w ramach Projektu formach wsparcia		



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



IV	Jestem osobą (lub członkiem rodziny) korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2018.1508 t.j. z dnia 2018.08.08) spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określoną w art. 7 pkt.1, 3, 5, 6, 11 to jest: ubóstwa, bezdomności, niepełnosprawności, długotrwałej i ciężkiej choroby, 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 2013 r. o cudzoziemcach		
V	Jestem osobą samotnie gospodarującą, korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2018.1508 t.j. z dnia 2018.08.08) spełniającą przesłankę określoną w art. 8 pkt.1 to jest: dochód nie przekracza kwoty 701,00 zł		
VI	Jestem osobą samotnie gospodarującą, nie korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2018.1508 t.j. z dnia 2018.08.08), nie spełniającą przesłanki określonej w art. 8 pkt.1 pkt. 1 to jest.: dochód przekracza kwotę 701,00 zł		
VII	Jestem osobą w rodzinie, korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2018.1508 t.j. z dnia 2018.08.08) spełniającą przesłankę określoną w art. 8 pkt.2 to jest: dochód nie przekracza kwoty 529, 00 zł na osobę w rodzinie		
VIII	Jestem osobą w rodzinie, nie korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2018.1508 t.j. z dnia 2018.08.08) nie spełniającą przesłanki określonej w art. 8 pkt.2 to jest: dochód przekracza kwotę 529,00 zł na osobę w rodzinie		



www.mapadotacji.gov.pl

Projekt Usług zdrowotne dla osób starszych w Powiecie Krapkowickim realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014 -2020,
Oś priorytetowa 8, Działanie 8.1 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych, współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego



IX	Jestem osobą niesamodzielną, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego m.in. spożywania posiłków, przemieszczania się, korzystania z toalety, mycia-kąpania całego ciała, ubierania i rozbierania się		
XI	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		

OŚWIADCZENIA

1. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą i ze stanem faktycznym.
2. Zapoznałem/am się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn. Usługi zdrowotne dla osób starszych w Powiecie Krapkowickim współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Budżetu Państwa w ramach Osi Priorytetowej VIII – Integracja społeczna, Działanie 8.1 – Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 (RPO WO 2014-2020).

.....
miejsowość, data

.....
podpis kandydata

POUCZENIE:

Zgodnie z Art. 233 § 1 Kodeksu karnego (Dz. U.2018.1600 t.j. z dnia 2018.08.21):

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.