

Załącznik nr 1 do regulaminu rekrutacji uczestników projektu pn. „Nie-Sami-Dzielni II - rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne”.

Formularz rekrutacyjny do Projektu pn. „ Nie-Sami-Dzielni II - rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne” realizowanego przez Starostwo Powiatowe 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 – wsparcie dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

USŁUGA TELEOPIEKI

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

CZĘŚĆ I

DANE KANDYDTA/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 planowanej w ramach Projektu formie wsparcia – usługa teleopieki.		
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. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm. t.j. z dnia 2020.10.26) spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 pkt. 1, 3, 5, 6, 9 to jest: ubóstwa, bezdomności, niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych.		
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. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm. t.j. z dnia 2020.10.26) spełniającą przesłankę określoną w art. 8 ust. 1 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. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm. t.j. z dnia 2020.10.26), nie spełniającą przesłanki określonej w art. 8 ust. 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. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm. t.j. z dnia 2020.10.26) spełniającą przesłankę określoną w art. 8 ust. 1 pkt. 2 to jest: dochód nie przekracza kwoty 528, 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. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm. t.j. z dnia 2020.10.26) nie spełniającą przesłanki określonej w art. 8 ust. 1 pkt. 2 to jest: dochód przekracza kwotę 528,00 zł na osobę w rodzinie.		
IX	Jestem osobą niesamodzielną, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga ciągłej 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. „Nie-Sami-Dzielni II - rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne”, realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014 -2020, Oś priorytetowa VIII Integracja Społeczna, Działanie 8.1 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie usług społecznych – wsparcie dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....
miejsowość, data

.....
podpis kandydata

POUCZENIE:

Zgodnie z Art. 233 § 1 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 z późn. zm. t.j. z dnia 2020.08.25): 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.



Opolskie dla Rodziny

www.mapadotacji.gov.pl

Projekt pn. „Nie-Sami-Dzielni II - rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne”, realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014 -2020, Oś priorytetowa VIII Integracja Społeczna, Działanie 8.1 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie usług społecznych – wsparcie dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego