

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
**do udziału w projekcie**  
**Kompleksowa opieka wytchnieniowa dla osób niesamodzielnych**

<b>Informacje o projekcie</b>					
Numer umowy		RPPM.06.02.02-22-0012/21-00			
Nazwa beneficjenta		Fundacja Palium			
Tytuł projektu		Kompleksowa opieka wytchnieniowa dla osób niesamodzielnych			
<b>Dane instytucji otrzymującej wsparcie</b>					
Kraj	Polska	Nazwa instytucji	Fundacja Palium	NIP	5552008456
Województwo	Pomorskie	Powiat	Chojnice	Gmina	Chojnice
Miejscowość	Chojnice	Kod pocztowy	89-600	ulica	Chojnice
Nr budynku	2	Nr lokalu	1		
telefon	523960924	e-mail	biuro@fundacjapalium.pl		
<b>DANE OSOBOWE uczestników projektu otrzymujących wsparcie</b>					
Imię (imiona) i nazwisko					
Data urodzenia				Miejsce urodzenia	
Pesel				Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna

Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak (brak formalnego wykształcenia – ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej – ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej – ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa – ISCED 3) <input type="checkbox"/> policealne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły policealnej – ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (pełne i zakończone – licencjat lub magisterium – ISCED 5-8)		
Seria i numer dowodu osobistego			
Wiek w chwili przystąpienia do projektu			
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Kraj		Gmina	
Powiat		Województwo	
Telefon stacjonarny		Telefon komórkowy	
Adres e-mail			



**Obszar według stopnia urbanizacji  
(DEGURBA)**

DEBURGA 1 – duże obszary miejskie (o  
ludności > 50 000 mieszkańców i dużej  
gęstości zaludnienia);

DEBURGA 2 – małe obszary miejskie (o  
ludności > 5 000 i średniej gęstości  
zaludnienia);

DEBURGA 3 – obszary wiejskie (o ludności  
< 5 000 i małej gęstości zaludnienia)

DEGURBA 1

DEGURBA 2

DEGURBA 3

(zaznaczyć właściwe)

<b>DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ (JEŚLI DOTYCZY)</b>	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu	
Adres e-mail	
<b>DANE OPIEKUNA - najbliższej rodziny – osoby do kontaktu</b>	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu	
<b>KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE</b>	
Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe spośród wskazanych poniżej przesłanek zagrożenia /wykluczenia społecznego):	
<b>Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:</b>	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	Tak/Nie
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak/Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	Tak/Nie
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	Tak/Nie
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	Tak/Nie
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	Tak/Nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	Tak/Nie

- osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382, z późn. zm.);
- osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.);
- osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu *Wytocznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020*;
- rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;
- osoby, dla których ustalono III profil pomocy zgodnie z *ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.);
- osoby niesamodzielne;
- osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu *Wytocznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020*;
- osoby odbywające kary pozbawienia wolności;
- osoby korzystające z PO PŻ.

1. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



## Oświadczenie o spełnieniu kryteriów obligatoryjnych udziału w projekcie

Oświadczam, że spełniam kryteria obligatoryjne udziału w projekcie Kompleksowa opieka wytchnieniowa dla osób niesamodzielných tzn.:

1. Jestem osobą mieszkającą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie województwa pomorskiego, powiatu chojnickiego/człuchowskiego/ kościerskiego
2. Jestem osobą fizyczną, która z uwagi na swój stan zdrowia i/lub wiek zagrożona jest ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.
3. Jestem osobą niesamodzielną, tzn. z uwagi na powyższe przesłanki potrzebuję do codziennego funkcjonowania pomocy opiekuna.
4. Wyrażam wolę uczestniczenia w zajęciach organizowanych w Kompleksowa opieka wytchnieniowa dla osób niesamodzielných

Dodatkowo oświadczam, iż:

- źródłem mojego dochodu jest:

.....

- wysokość miesięcznego dochodu wynosi:

.....

.....

(data i podpis)



---

## Oświadczenie o posiadaniu Orzeczenia o niepełnosprawności

1. Oświadczam, iż z uwagi na swój stan zdrowia:

- posiadam/nie posiadam\* Orzeczenie o niepełnosprawności.

2. Orzeczenie o niepełnosprawności:

- wydane jest przez:.....
- nr Orzeczenia o niepełnosprawności:.....
- data ważności orzeczenia:.....
- posiadany stopień niepełnosprawności:.....
- przyczyna niepełnosprawności:.....

.....

data i podpis

\* niepotrzebne skreślić

## Oświadczenie o spełnieniu kryteriów dodatkowych (preferencyjnych) do udziału w projekcie

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z Zasadami Realizacji Wsparcia w ramach projektu: Kompleksowa opieka wytechnieniowa dla osób niesamodzielnych oraz, że spełniam wskazane poniżej kryteria dodatkowe (preferencyjne) udziału w projekcie.

Oświadczam, iż jestem:

1. Osobą fizyczną doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumianego jako wykluczenie z powodu:
  - stanu zdrowia;
  - wieku;
  - posiadanej niepełnosprawności;
  - niesamodzielności i tym samym, konieczności pomocy opiekuna w codziennym funkcjonowaniu;
  - ubóstwa\*.
2. Osobą z niepełnosprawnościami i osoba niesamodzielną, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w Ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej.

Oświadczam także, że dane wskazane przeze mnie w formularzu zgłoszeniowym w trakcie rekrutacji do projektu nie uległy zmianie.

.....  
(data i podpis)

\* należy podkreślić właściwą opcję



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



URZĄD MARSZAŁKOWSKI  
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

**Unia Europejska**  
Europejskie Fundusze  
Strukturalne i Inwestycyjne



## Oświadczenie dotyczące monitorowania postępu

Ja, niżej podpisany/a:.....

*(imię i nazwisko)*

zobowiązuje się do przekazania informacji dotyczących mojej sytuacji po zakończeniu udziału

w projekcie Kompleksowa opieka wychowawcza dla osób niesamodzielnych do 4 tygodni od zakończenia udziału zgodnie z zakresem danych określonych w Wytocznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020.

Podpis.....



## OŚWIADCZENIA KANDYDATA

Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną ze względu na: (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe)	<input type="checkbox"/> wiek
	<input type="checkbox"/> stan zdrowia
	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność
Dodatkowo oświadczam, że nie mam możliwości samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe)	<input type="checkbox"/> kąpanie się
	<input type="checkbox"/> ubieranie się i rozbieranie
	<input type="checkbox"/> korzystanie z toalety
	<input type="checkbox"/> wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel
	<input type="checkbox"/> samodzielne jedzenie
<input type="checkbox"/> kontrolowanie potrzeb fizjologicznych (wydalanie moczu i stolca)	

INFROMACJE DODATKOWE O KANDYDACIE			
Kandydat /kandydatka projektu jest osobą niesamodzielną (proszę zaznaczyć właściwe):	<i>Kategoria</i>	Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe	<i>Wymagany dokument *</i>
	której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę rodzinie) zgodnie z ustawą o	<input type="checkbox"/>	<u>Oświadczenie Kandydata</u>
	doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego	<input type="checkbox"/>	<u>Oświadczenie Kandydata</u>
	jeśli tak to proszę wskazać przesłanki:		
	niepełnosprawną w stopniu znacznym lub umiarkowanym	<input type="checkbox"/>	<u>Zaświadczenie</u>
	osobą niesamodzielną	<input type="checkbox"/>	<u>Zaświadczenie</u>
	z niepełnosprawnością sprzężoną lub z zaburzeniami psychicznymi lub osobą z niepełnosprawnością intelektualną lub osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	<input type="checkbox"/>	<u>Zaświadczenie</u>
	korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020	<input type="checkbox"/>	<u>Oświadczenie Kandydata</u>



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



URZĄD MARSZAŁKOWSKI  
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

**Unia Europejska**  
Europejskie Fundusze  
Strukturalne i Inwestycyjne



### **OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE**

**Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Fundację Palium, w sytuacji zmiany jakichkolwiek ze wskazanych powyżej danych.**

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis kandydata/opiekuna praw