

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu (**wypełnia opiekun**)

„Uruchomienie Centrum Wsparcia Nieformalnych Opiekunów Osób Niezależnych - Topografów”, realizowanego w ramach 9. Osi Priorytetowej, Region spójny społecznie, Działania 9.2, Poddziałania 9.2.3 Usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa - SPR Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

<b>Data zgłoszenia:</b>		<b>ID:</b>	
<b>DANE UCZESTNIKA</b>			
Opiekun nieformalny osoby niezależnej:		<b>TAK</b> <input type="checkbox"/>	<b>NIE</b> <input type="checkbox"/>
Osoba niezależna:		<b>TAK</b> <input type="checkbox"/>	<b>NIE</b> <input type="checkbox"/>
Imię:		Nazwisko:	
PESEL:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nr. Telefonu:
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:			

### CZĘŚĆ A DOTYCZY OSOBY NIEZALEŻNEJ

(Osoba, 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)

1. Imię / Imiona:									
2. Nazwisko:									
3. Płeć:		Kobieta <input type="checkbox"/>		Mężczyzna <input type="checkbox"/>					
4. Pesel:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Adres e-mail:									
6. Adres zamieszkania									
- Ulica, nr domu:									
- Miejscowość:									
- Kod pocztowy:									
- Poczta:									
- Gmina:									
- Powiat:									
- Województwo:									

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Działanie 9.2 *Usługi społeczne i zdrowotne*.  
Numer projektu: RPMP.09.02.03-12-0442/19



Uruchomienie Centrum Wsparcia  
Nieformalnych Opiekunów Osób  
Niezależnych - **Topografów**



I.p.	KRYTERIA PODSTAWOWE	ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE „X”
1.	osoby niesamodzielne zamieszkujące w województwie małopolskim (obszar objęty strategią ZIT, Miejski Obszar Funkcjonalny Krakowa - Metropolia Krakowska)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
2.	zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
3.	o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
4.	osoby niesamodzielne ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia, niepełnosprawność wymagające opieki lub wsparcia, w związku z niemożnością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności życia codziennego według skali KATZA	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
5.	opiekunowie nieformalni	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

I.p.	KRYTERIA PREMIUJĄCE	ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE „X”	Punkty 0 – 9
1.	znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
2.	osoba z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (wymagane będzie zaświadczenie lekarskie lub zaświadczenie o niepełnosprawności)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
3.	osoba samotnie gospodarująca, nie mogąca liczyć na rodzinę lub osoby trzecie (weryfikacja na podstawie oświadczenia składanego na etapie rekrutacji)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
4.	występowanie przynajmniej jednego z wymienionych problemów: poczucie osamotnienia, inne niekorzystne stany emocjonalne, frustracja, problemy w relacjach z rodziną, trudności w organizowaniu czasu wolnego (brak umiejętności w tym zakresie), weryfikacja na podstawie oświadczenia podczas rekrutacji	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
5.	odległość od ośrodków pomocowych (15 km lub więcej)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
6.	osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczających wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako więcej niż jednej przesłanki	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	

7.	osoby z niepełnosprawnościami lub osoby niesamodzielne, których 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 2004 r. o pomocy społecznej – w przypadku usług asystenckich i opiekuńczych lub opiekunowie nieformalni, których 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 2004 r. o pomocy społecznej – w przypadku usług asystenckich i opiekuńczych - osoby te będą miały pierwszeństwo udziału w projekcie	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
8.	osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (zakres wsparcia dla tych osób nie może powielać działań, które dana osoba otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
9.	osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	

## CZĘŚĆ B

### DOTYCZY OPIEKUNA NIEFORMALNEGO OSOBY NIESAMODZIELNEJ

(osoba pełnoletnia, opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędącą opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną)

#### I. INFORMACJE O OPIEKUNIE OSOBY NIESAMODZIELNEJ

1. Imię / Imiona:	
2. Nazwisko:	
3. Płeć:	Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>
4. PESEL:	<input type="text"/>
5. Adres e-mail:	
6. Adres zamieszkania	
- Ulica, nr domu:	<input type="text"/>
- Miejscowość:	<input type="text"/>
- Kod pocztowy:	<input type="text"/>
- Poczta:	<input type="text"/>
- Gmina:	<input type="text"/>
- Powiat:	<input type="text"/>
- Województwo:	<input type="text"/>

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Działanie 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne.  
Numer projektu: RPMP.09.02.03-12-0442/19



Uruchomienie Centrum Wsparcia  
Nieformalnych Opiekunów Osób  
Niesamodzielnych - **Topografów**



## II. ANKIETA DOTYCZĄCA KRYTERIÓW KWALIFIKACYJNYCH OPIEKUNA OSOBY NIESAMODZIELNEJ

1.	Sprawowanie opieki jako opiekun nieformalny nad osobą niesamodzielną	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
2.	Osoba wypełniła formularz zgłoszeniowy	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
3.	Osoba złożyła oświadczenie w sprawie przetwarzania danych osobowych	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
4.	Dochód na osobę w gospodarstwie domowym jest poniżej 150% kryterium dochodowego o którym mowa w Ustawie o Pomocy Społecznej	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
5.	Brak innych opiekunów nieformalnych w odniesieniu do osoby zależnej	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
6.	Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
7.	Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 – 2020 (zakres wsparcia dla tych osób nie może powielać działań, które dana osoba otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

### CZĘŚĆ C WYPEŁNIA KOMISJA REKRUTACYJNA

Czy złożono komplet dokumentów	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Czy pod względem formalnym osoba spełnia kryteria uczestnika projektu	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Czy osoba została zakwalifikowana do projektu	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

Suma punktów za kryteria premiujące: .....

Termin rozpoczęcia udziału w projekcie: .....

Termin zakończenia udziału w projekcie: .....

### WSPARCIE UCZESTNIKA W RAMACH PROJEKTU

	PLANOWANE	UDZIELONE
Wsparcie doradcze		
Opieka zastępcza wychowawcza	od:                      do:	
Indywidualne szkolenia mobilne		
Dodatkowe uwagi		

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Działanie 9.2 *Usługi społeczne i zdrowotne*.  
 Numer projektu: RPMP.09.02.03-12-0442/19



Uruchomienie Centrum Wsparcia  
 Nieformalnych Opiekunów Osób  
 Niesamodzielných - **Topografów**





## KOMISJA REKRUTACYJNA:

1. ....  
.....  
podpis
2. ....  
.....  
podpis
3. ....  
.....  
podpis

.....  
(miejsowość, data)

