**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

Złożenie formularza zgłoszeniowego stanowi pierwszy etap rekrutacji i nie jest jednoznaczne z przyjęciem do projektu. Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Rozwój Usług Opiekuńczych dla Mieszkańców Województwa Lubelskiego”

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane dotyczące projektu - tytuł**  Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) | „Rozwój Usług Opiekuńczych dla Mieszkańców Województwa Lubelskiego” |
| **Nr projektu** | FELU.08.05-IZ.00-0018/24 |
| **Realizator projektu** | PRM Stowarzyszenie  ul. Widoczna 37 04-647 Warszawa  NIP 7122988921 REGON 060061176 |

**UWAGA!** Przed rozpoczęciem wypełniania Formularza zgłoszeniowego do Projektu należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji, uczestnictwa w Projekcie  **„Rozwój Usług Opiekuńczych dla Mieszkańców Województwa Lubelskiego”** Formularz Zgłoszeniowy należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, w miarę możliwości drukowanymi literami lub komputerowo (we wszystkich wskazanych białych miejscach). Przyjmowane będą jedynie kompletne, poprawnie wypełnione formularze.

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje wypełniane przez upoważnionego pracownika projektu** | |
| **Data wpływu i godzina:** |  |
| **Liczba przyznanych punktów** |  |
| **Podpis osoby przyjmującej** |  |
| **Liczba przyznanych punktów** |  |

**I. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU**

Wszystkie pola muszą być wypełnione[[1]](#footnote-2)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko** | |  | | | | | | | | | | |
| **Imię/ Imiona** | |  | | | | | | | **Wiek** | |  | |
| **Seria i nr dowodu osobistego wydany przez:** | |  | | | | | | | | | | |
| **PESEL** | | \_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | | | | | | | **Płeć** | | ⬜ Kobieta  ⬜ Mężczyzna | |
| **Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność** | | ⬜ Tak ⬜ Nie | | | | | | | | | | |
| **Miejsce zamieszkania/Dane kontaktowe** | | | | | | | | | | | | |
| **Ulica** | |  | | | | **Nr domu** | |  | | **Nr lokalu** | |  |
| **Miejscowość** | |  | | | | | | | | | | |
| **Obszar zamieszkania** | | ⬜ Wiejski | | | ⬜ Miejski | | | | | | | |
| **Kod pocztowy** | | - | | **Poczta** | |  | | | | | | |
| **Powiat** | |  | | **Gmina** | |  | | | | | | |
| **Adres poczty elektronicznej (e-mail)** | |  | | **Telefon** | |  | | | | | | |
| **Wykształcenie** | | | | | | | | | | | | |
| ⬜ niższe niż podstawowe | ⬜ Podstawowe | | ⬜ Gimnazjalne | ⬜ Ponadgimnazjalne | | | ⬜ Pomaturalne | | | | ⬜ Wyższe | |

**II. STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY**

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że:** |
| ⬜ Jestem osobą bezrobotną (np. zarejestrowaną w Urzędzie Pracy),  - w tym ⬜ osobą długotrwale bezrobotną  ⬜ Jestem osobą bierną zawodowo (np. student, emeryt, rencista)  - w tym ⬜ osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu ⬜ osobą ucząca się/odbywająca kształcenie ⬜ inne  ⬜ Jestem osobą pracującą (zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, o dzieło, zlecenia, powołania, itp.)  naukowym, osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki, osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej, inne) |

**III. STATUS UCZESTNIKA NA DZIEŃ SKŁADANIA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oświadczam, że:** | | |
| Jestem osobą obcego pochodzenia, tj. cudzoziemcem, osobą, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów[[2]](#footnote-3) | | ⬜ TAK ⬜ NIE ⬜ ODMOWA ODPOWIEDZI |
| Jestem osobą pochodzącą z krajów trzecich, tj. obywatelem kraju spoza UE lub bezpaństwowcem lub osobą bez ustalonego obywatelstwa[[3]](#footnote-4) | | ⬜ TAK ⬜ NIE ⬜ ODMOWA ODPOWIEDZI |
| Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej)[[4]](#footnote-5) | ⬜ TAK ⬜ NIE ⬜ ODMOWA ODPOWIEDZI | |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością/mi[[5]](#footnote-6) | ⬜ TAK ⬜ NIE ⬜ ODMOWA ODPOWIEDZI | |
| Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań | ⬜ TAK ⬜ NIE ⬜ ODMOWA ODPOWIEDZI | |
| Korzystałam/em z usług opiekuńczych i/lub specjalistycznych[[6]](#footnote-7) | ⬜ TAK ⬜ NIE | |
| Moim miejsce zamieszkania, zgodnie z ustawą z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, jest powiat janowski w województwie lubelskim | ⬜ TAK ⬜ NIE | |
| Jestem osobą mieszkającą samodzielnie w gospodarstwie domowym. | ⬜ TAK ⬜ NIE | |
| Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, tj. osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego | ⬜ TAK ⬜ NIE | |

*Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych, oświadczam, że dane podane w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.*

**…………………………………………………………………**

**Data i podpis Uczestnika/Opiekuna Prawnego**

**Instrukcja wypełniania Formularza:**

1. Wszystkie pola Formularza rekrutacyjnego muszą być wypełnione.  
   2. W przypadku braku telefonu stacjonarnego prosimy wpisać „nie dotyczy”.  
   3. Formularz należy wypełnić czytelnie, komputerowo lub odręcznie (DRUKOWANYMI LITERAMI).  
   4. Odpowiedzi na pytania w Formularzu należy zaznaczyć znakiem **X**.  
   5. Brak wymaganych własnoręcznych, podpisów pod wszystkimi oświadczeniami znajdującymi się na końcu formularza traktowany jest jako błąd formalny. Kandydat zostanie poinformowany o konieczności uzupełnienia. Brak uzupełnienia podpisu skutkuje odrzuceniem formularza i odstąpieniem od jego oceny.  
   6. Formularz rekrutacyjny musi być dostarczony do Biura projektu w zamkniętej kopercie w 1 egzemplarzu papierowym lub przesłany w wersji elektronicznej zgodnie z zasadą skutecznego doręczenia informacji.  
   7. Wersja elektroniczna formularza musi być zapisana w formacie „word” (doc/docx), plikach open office czy pdf edytowalny. Zapisanie formularza w innym formacie np. jpg uznane zostanie za błąd formalny. Kandydat zostanie poinformowany o konieczności poprawy.

**Załączniki składane na etapie rekrutacji:**

1. Załącznik nr 1 Oświadczenia ogólne
2. Załącznik nr 2 Oświadczenia projektowe
3. Załącznik nr 3 Oświadczenie o korzystaniu ze świadczeń opiekuńczych i/lub specjalistycznych.
4. Załącznik nr 4 Skala Katza.
5. Załącznik nr 5 Skala Lawtona.

**Załącznik nr 1 do Formularza**

**OŚWIADCZENIA OGÓLNE**

*Ja niżej podpisany/na oświadczam, że:*

− Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie „Rozwój Usług Opiekuńczych dla Mieszkańców Województwa Lubelskiego” zawartymi w Regulaminie Rekrutacji, akceptuję wszystkie postanowienia Regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa   
w projekcie określone w ww. Regulaminie,

− Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest z Funduszy Europejskich dla Lubelskiego 2021-2027 ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+),

− Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia,

− Zostałem/am poinformowany, że złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi i stanowią dokumentacje Projektu,

− Zostałem/am poinformowany/a, że Organizator Projektu zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian w Regulaminie w przypadku, gdy byłoby to konieczne z uwagi na zmianę warunków realizacji Projektu, a także w przypadku pisemnego zalecenia wprowadzenia określonych zmian ze strony Instytucji Pośredniczącej,

− Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania danych Organizatorom Projektu potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu,

− Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora: PRM Stowarzyszenie ul. Widoczna 37 04-647 Warszawa NIP 7122988921,

− Deklaruję uczestnictwo w formach wsparcia i pomocy przewidzianych w ramach Projektu, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Realizatora Projektu,

− Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu,

− Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym,

− Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym,

− Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez : PRM Stowarzyszenie ul. Widoczna 37 04-647 Warszawa NIP 7122988921

- Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. Niniejszym oświadczam, że ww. dane oraz dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym   
i faktycznym.

……………………………………………

Data i podpis

**Załącznik nr 2 do Formularza**

**OŚWIADCZENIA PROJEKTOWE**

*Ja niżej podpisany/na oświadczam, że:*

− Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie „Rozwój Usług Opiekuńczych dla Mieszkańców Województwa Lubelskiego” oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym,

- jestem osobą, która potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,

- zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w województwie lubelskim na terenie powiatu janowskiego,

- jestem osobą samotnie gospodarującą, osobą samotną lub osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości,

− Korzystam/Nie korzystam[[7]](#footnote-8) z usług opiekuńczych i/lub specjalistycznych,

- nie otrzymałem/łam dotychczas wsparcia instytucjonalnego w postaci usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych lub otrzymałem/łam je w innym zakresie niż te, o które ubiegam się w ramach Projektu,

- Do formularza zgłoszeniowego załączam wszystkie niezbędne załączniki tj.:

1. zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza stwierdzającego, iż mój stan zdrowia i/lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego,

2. Zaświadczenie z Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej lub Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej właściwego na miejsce zamieszkania o korzystaniu z świadczeń opiekuńczych i/lub specjalistycznych /lub Oświadczenie o korzystaniu z świadczeń opiekuńczych i/lub specjalistycznych (załącznik nr 3 do formularza zgłoszeniowego)

3. Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez uprawniony organ,

…………………………………………………………………

Data i podpis

**Załącznik nr 3 do Formularza**

**OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU ZE ŚWIADCZEŃ OPIEKUŃCZYCH I/LUB**

**SPECJALISTYCZNYCH**

Świadomy/Świadoma odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz.U.2016.1137 z późń. zm.), przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, iż:

**Korzystałem-łam /nie korzystałem-łam** z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych w oparciu o art. 50 ustawy o pomocy społecznej:

- przysługujących osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona.

- przysługujących osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić.

……………………………………………………………………………….

(Data i podpis kandydatki/kandydata/opiekuna prawnego)

**Załacznik nr 4 do Formularza – Skala Katza**

*Skala Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego (ADL – Activities of Daily Living) opracowana w 1970 roku przez amerykańskiego gerontologa Sidneya Katza. Niezdolność do zaspokojenia podstawowych czynności oznacza całkowitą niesamodzielność i potrzebę stałej opieki.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Oeniany parametr** | **Punkty** | **Stopień samodzielności** | **Zaznaczyć** |
| **KĄPANIE/MYCIE SIĘ**  (natrysk lub wanna) | 1 | Całkowita samodzielność, nie potrzebuje pomocy (nawet jeżeli korzysta z pomocy przy wchodzeniu lub wychodzeniu z wanny) |  |
| 0,5 | Niewielka pomoc, np. przy myciu niektórych części ciała |  |
| 0 | Znaczna pomoc – potrzebuje pomocy przy kąpieli |  |
| **UBIERANIE SIĘ** (wkładanie i zdejmowanie bielizny, wyjmowanie ubrań z szafy, używanie suwaka i guzików) | 1 | Całkowita samodzielność – dobór odzieży, ubieranie się bez pomocy |  |
| 0,5 | Częściowa pomoc – samodzielne dobieranie odzieży, ale potrzebna pomoc przy suwakach i guzikach |  |
| 0 | Brak samodzielności – potrzebna pomoc przy przygotowaniu odzieży i ubieraniu się Toaleta (samodzielne pójcie do toalety, załatwianie potrzeb fizjologicznych, podmywanie się, porządkowanie odzieży) 1 Całkowita samodzielność – pacjent sam ch |  |
| **TOALETA**  (samodzielne pójcie do toalety, załatwianie potrzeb fizjologicznych, podmywanie się, porządkowanie odzieży) | 1 | Całkowita samodzielność – pacjent sam chodzi do łazienki załatwić potrzeby fizjologiczne, porządkuje odzież (może używać laski, balkonika, wózka inwalidzkiego, może w nocy używać basenu i opróżniać go rano) |  |
| 0,5 | Potrzebuje pomocy – w toalecie, podmywaniu się, porządkowaniu odzieży lub w korzystaniu z basenu) |  |
| 0 | Niezdolny do samodzielnego dbania o toaletę i załatwiania potrzeb fizjologicznych |  |
| **KONTROLOWANIE ZWIERACZY** (trzymanie moczu i stolca) | 1 | Całkowite kontrolowanie zwieraczy |  |
| 0,5 | Częściowy brak kontroli – przypadki braku kontroli zdarzają się „od czasu do czasu” |  |
| 0 | Całkowity brak kontroli lub konieczność założenia cewnika. |  |
| **SPOŻYWANIE POSIŁKÓW** | 1 | Całkowita samodzielność – je bez pomocy |  |
| 0,5 | Częściowa pomoc, np. w krojeniu mięsa, smarowania masłem chleba |  |
| 0 | Brak samodzielności – potrzeba karmienia lub konieczność założenia sondy |  |
| **PORUSZANIE SIĘ** | 1 | Całkowita samodzielność (kładzenie się i wstawanie z łóżka oraz siadanie i wstawanie z krzesła bez pomocy lub z pomocą laski) |  |
| 0,5 | Kładzenie się lub wstawanie z łóżka bądź krzesła tylko przy pomocy |  |
| 0 | Stałe przebywanie w łóżku |  |
| **Wynik końcowy** |  | | |

Należy zaznaczyć jedna odpowiedź w każdym z kryteriów.

Interpretacja wyniku: 5-6 pkt – osoba sprawna 3-4 pkt – osoba umiarkowanie niesprawna ≤ 2 pkt – osoba bardzo niesprawna, wymagająca opieki przez całą dobę

Podpis uczestnika projektu/opiekuna prawnego…………………………………………………….

**Załącznik nr 1 do Formularza – Skala Lawtona**

*Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego (IADL – Instrumental Activites of Daily Living). Badanie wykonuje się, gdy pacjent osiągnął wysoki wynik w poprzednim, czyli jest samodzielny w prostych czynnościach dnia codziennego.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Oeniany parametr** | **Bez pomocy**  **(3 punkty)** | **Z niewielką pomocą (2 punkty)** | **Zupełnie nie jest w stanie korzystać (1 punkt)** |
| Czy potrafisz korzystać z telefonu? |  |  |  |
| Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru? |  |  |  |
| Czy wychodzisz z domu po artykuły spożywcze? |  |  |  |
| Czy możesz sam przygotować posiłki? |  |  |  |
| Czy możesz sam wykonać prace domowe (sprzątanie)? |  |  |  |
| Czy możesz sam majsterkować lub dokonywać drobnych napraw w domu? |  |  |  |
| Czy możesz sam wyprać swoje rzeczy? |  |  |  |
| Czy sam przyjmujesz lub mógłbyś przyjmować leki? |  |  |  |
| Czy możesz sam gospodarować pieniędzmi? |  |  |  |
| **Wynik końcowy** | **/24 punkty** | | |

Maksymalnie można uzyskać 24 punkty.Ogólna liczba punktów ma znaczenie tylko w odniesieniu do konkretnego pacjenta, spadek tej liczby w czasie świadczy o pogarszaniu się stanu ogólnego.

Podpis uczestnika projektu/opiekuna prawnego…………………………………………………….

1. Uczestnik zawsze musi podać przynajmniej jedną formę kontaktu. [↑](#footnote-ref-2)
2. Zgodnie z zapisami Regulaminu. Jeśli zaznaczono TAK należy przedłożyć kserokopię zezwolenia na pobyt stały lub czasowy lub kartę pobytu lub zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego UE lub dokument tożsamości. [↑](#footnote-ref-3)
3. J.w. [↑](#footnote-ref-4)
4. Zgodnie z zapisami Regulaminu. Mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska, mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. [↑](#footnote-ref-5)
5. Zgodnie z zapisami Regulaminu. W załączeniu do formularza rekrutacyjnego przedstawiam orzeczenie o niepełnosprawności lub/i orzeczeń o stanie zdrowia lub opinię lekarza. [↑](#footnote-ref-6)
6. Zgodnie z zapisami Regulaminu. Jeśli NIE proszę załączyć stosowne zaświadczenie z GOPS lub MOPS lub oświadczenie. [↑](#footnote-ref-7)
7. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-8)