

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn. „Zdrowiej w domu”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY  
DLA OPIEKUNA FAKTYCZNEGO I OSOBY NIESAMODZIELNEJ**

w projekcie pn.  
„Zdrowiej w domu”

**FEMP.06.33-IP.01-1592/24**

**W ramach Funduszy Europejskich dla Małopolski 2021-2027,  
Priorytet 6. Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego,  
Działanie 6.33, Wsparcie usług społecznych w regionie-ZIT**

Nazwa Programu Operacyjnego	Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027
Nazwa i numer Priorytetu, Działania i Poddziałania w ramach Programu Operacyjnego	Priorytet 6. Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie 6.33, Wsparcie usług społecznych w regionie-ZIT
Źródło Finansowania	Europejski Fundusz Społeczny Plus
Nazwa Beneficjenta	Beneficjent: Gmina Niepołomice Realizator: Stowarzyszenie Pomoc Bliźniemu
Numer umowy	FEMP.06.33-IP.01-1592/24
Numer Formularza Rekrutacyjnego <sup>1</sup>	
Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego <sup>2</sup>	
Podpis osoby przyjmującej Formularz <sup>3</sup>	

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO**

<b>CZĘŚĆ I - DANE PERSONALNE</b>	
Imię/ Imiona i Nazwisko:	
Data i miejsce urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL:	
Adres zamieszkania <sup>4</sup> :	
Kod pocztowy:	
Gmina:	
Powiat:	
Województwo:	
Telefon kontaktowy:	
Adres email:	

<sup>1</sup> Wypełnia Realizator - Stowarzyszenie Pomoc Bliźniemu

<sup>2</sup> j.w.

<sup>3</sup> j.w.

<sup>4</sup> Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu, w przypadku osób bezdomnych - miejsce przebywania

## CZĘŚĆ II - STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

### WYKSZTAŁCENIE

	ISCED 0-2 – Średnie I stopnia lub niższe.	<input type="checkbox"/>
	ISCED 3 – Ponadgimnazjalne lub ISCED 4 - Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym).	<input type="checkbox"/>
	ISCED 5-8 -Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie).	<input type="checkbox"/>
Osoba z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK	
	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	
	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba państwa trzeciego (kopia karty pobytu lub oświadczenie)	<input type="checkbox"/> TAK	
	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> TAK	
	<input type="checkbox"/> NIE	
	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	
	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK	
	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK	
	<input type="checkbox"/> NIE	

**Osoba bezrobotna** TAK NIE

W przypadku zaznaczenia pozycji **osoba pracująca** należy zaznaczyć właściwe:

- Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
- Osoba pracująca w administracji rządowej
- Osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)
- Osoba pracująca w organizacji pozarządowej
- Osoba pracująca w MMŚP
- Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
- Osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
- Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
- Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
- Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
- Osoba pracująca na uczelni
- Osoba pracująca w instytucie naukowym
- Osoba pracująca w instytucie badawczym
- Osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
- Osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
- Osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
- Osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
- Inne

W przypadku zaznaczenia pozycji **osoba bierna zawodowo** należy zaznaczyć właściwe:

- Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
- Osoba ucząca się/ odbywająca kształcenie
- Inne

W przypadku zaznaczenia pozycji **osoba bezrobotna** należy zaznaczyć właściwe:

- Osoba długotrwale bezrobotna
- Inne

CZĘŚĆ III – KRYTERIA FORMALNE		
1.	Pełnię funkcję Opiekuna Faktycznego <sup>5</sup> osoby potrzebującej wsparcia w projekcie pn. "Zdrowiej w domu" w gminie Niepołomice	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
2.	Mieszkam, uczę się lub pracuję na terenie gminy Niepołomice.	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
3.	Jestem osobą pełnoletnią	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
4.	Nie otrzymuję jednocześnie wsparcia o analogicznym celu/charakterze, dofinansowanego ze EFS+	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
CZĘŚĆ IV – KRYTERIA PREMIUJĄCE		
1.	Uczestnik (osoba niesamodzielna) jest osobą ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności – 5 pkt <i>(dołączyć należy kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, zaświadczenie lekarskie)</i>	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
2.	Uczestnik (osoba niesamodzielna) jest osobą z niepełnosprawnością sprzężoną - posiadającą więcej niż jedną formę niepełnosprawności – 5 pkt <i>(dołączyć należy kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, zaświadczenie lekarskie)</i>	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
3.	Uczestnik (osoba niesamodzielna) jest osobą z chorobami psychicznymi, niepełnosprawnością intelektualną oraz całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (zgodnie z ICD10) – 5 pkt <i>(dołączyć należy kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, zaświadczenie lekarskie)</i>	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

<sup>5</sup> **Opiekun Faktyczny** - osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną (nie dotyczy rodziców zastępczych), najczęściej członkowie rodziny, osoby sprawujące pieczę zastępczą, osoby bliskie, wolontariusze.

4.	<p><b>Uczestnik (osoba niesamodzielna) jest osobą z niepełnosprawnością intelektualną – 5 pkt</b> <i>(dołączyć należy kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, zaświadczenie lekarskie)</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
5.	<p><b>Uczestnik (osoba niesamodzielna) jest osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (zgodnie z klasyfikacją ICD10) - 5 pkt</b> <i>(dołączyć należy kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, zaświadczenie lekarskie)</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
6.	<p><b>Uczestnik (osoba niesamodzielna) jest osobą korzystającą z programu FE PŻ – 5 pkt</b> <i>(dołączyć należy zaświadczenie z instytucji realizującej program)</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
7.	<p><b>Uczestnik (osoba niesamodzielna) jest osobą zamieszkującą samotnie – 5 pkt</b> <i>(dołączyć należy zaświadczenie z MGOPS/CUS, deklarację meldunkową)</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
8.	<p><b>Uczestnik (osoba niesamodzielna) jest osobą w kryzysie bezdomności, dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożone bezdomnością – 5 pkt</b> <i>(dołączyć należy zaświadczenie z placówki pomocy społecznej, schroniska)</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
9.	<p><b>Uczestnik (osoba niesamodzielna) jest dzieckiem wychowującym się poza rodziną biologiczną – 5 pkt</b> <i>(dołączyć należy dokumenty z pieczy zastępczej, decyzje sądowe)</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Łączna liczba punktów:		

**CZĘŚĆ V - UZASADNIENIE POTRZEBY WSPARCIA (proszę uzupełnić)**

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis opiekuna faktycznego

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY NIESAMODZIELNEJ**

<b>CZĘŚĆ I - DANE PERSONALNE</b>	
Imię/ Imiona i Nazwisko:	
Data i miejsce urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL:	
Adres zamieszkania <sup>6</sup> :	
Kod pocztowy:	
Gmina:	
Powiat:	
Województwo:	
Telefon kontaktowy:	
Adres email:	

<sup>6</sup> Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu, w przypadku osób bezdomnych - miejsce przebywania

## CZĘŚĆ II - STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

### WYKSZTAŁCENIE

	ISCED 0-2 – Średnie I stopnia lub niższe.	<input type="checkbox"/>
	ISCED 3 – Ponadgimnazjalne lub ISCED 4 - Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym).	<input type="checkbox"/>
	ISCED 5-8 -Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie).	<input type="checkbox"/>
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	
	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba państwa trzeciego <i>(kopia karty pobytu lub oświadczenie)</i>	<input type="checkbox"/> TAK	
	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> TAK	
	<input type="checkbox"/> NIE	
	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	
	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK	
	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK	
	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK	
	<input type="checkbox"/> NIE	

**CZĘŚĆ III - OŚWIADCZENIA KWALIFIKUJĄCE DO WSPARCIA**  
**Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwe)**

1.	Jestem osobą zamieszkałą na terenie Gminy Niepołomice	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
2.	Jestem osobą niesamodzielną <sup>7</sup>	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
3.	Nie otrzymuję jednocześnie wsparcia o analogicznym celu/ charakterze, dofinansowanego ze EFS+	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE

**CZĘŚĆ IV - Skala Katza**

Czynność	Osoba niesamodzielną	
	1 pkt	0 pkt
Kąpiel całego ciała (natrysk lub wanna)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Ubieranie lub rozbieranie się	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Korzystanie z toalety	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Przemieszczanie się z łóżka na fotel	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Kontrolowanie wydalania moczu i kału	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Samodzielne jedzenie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	...../ pkt. Interpretacja: im więcej punktów tym lepsza sprawność	
<b>Interpretacja wyników:</b> <b>5-6 punktów – osoba sprawna;</b> <b>3-4 punkty – osoba umiarkowanie niesprawna;</b> <b>&lt;=2 punkty – osoba poważnie niesprawna</b>		

<sup>7</sup> **Osoba niesamodzielną** - 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 określonych w skali Katza.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis osoby niesamodzielnej  
(w razie braku możliwości podpisu przez osobę niesamodzielną  
podpisuje opiekun faktyczny)

#### **DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO**

Deklaruję uczestnictwo w projekcie „**Zdrowiej w domu**” realizowanego przez Stowarzyszenie Pomoc Bliźniemu w ramach Funduszy Europejskich dla Małopolski 2021-2027, Priorytet 6. Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie 6.33, Wsparcie usług społecznych w regionie-ZIT.

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie:

a) zamieszkuję, uczę się lub pracuję na terenie gminy Niepołomice,

b) pełnię funkcję Opiekuna Faktycznego .....

(imię i nazwisko osoby niesamodzielnej)

będącego uczestnikiem projektu,

c) jestem osobą pełnoletnią,

d) nie otrzymuję jednocześnie wsparcia o analogicznym celu/charakterze, dofinansowanego ze EFS+.

Uczestnik/ uczestniczka Projektu został/ została uprzedzony/ uprzedzona o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą w złożonych dokumentach, na podstawie których zgłasza swój udział w Projekcie.

.....  
Data i podpis uczestnika - opiekuna faktycznego

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE OSOBY NIESAMODZIELNEJ

Deklaruję uczestnictwo w projekcie „**Zdrowiej w domu**” realizowanego przez Stowarzyszenie Pomoc Bliźniemu w ramach Funduszy Europejskich dla Małopolski 2021-2027, Priorytet 6. Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie 6.33, Wsparcie usług społecznych w regionie-ZIT.

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie:

- a) zamieszkuję na terenie gminy Niepołomice,
- b) jestem osobą niesamodzielną,
- c) nie otrzymuję jednocześnie wsparcia o analogicznym celu/charakterze, dofinansowanego ze EFS+.

Uczestnik/ uczestniczka Projektu został/ została uprzedzony/ uprzedzona o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą w złożonych dokumentach, na podstawie których zgłasza swój udział w Projekcie.

.....  
Data i podpis uczestnika - osoby niesamodzielnej  
(w razie braku możliwości podpisu przez osobę niesamodzielną  
podpisuje opiekun faktyczny)

### ***Klauzula informacyjna RODO***

Zgodnie z art. 13 *Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych* informuję że,

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Stowarzyszenie "Pomoc Bliźniemu", ul. Bocheńska 26, 32-005 Niepołomice, e-mail [stowarzyszenie@pomocblizniemu.org](mailto:stowarzyszenie@pomocblizniemu.org).

Został powołany inspektor danych osobowych i ma Pani/Pan prawo kontaktu z nim za pomocą adresu e-mail [skarbnik.audyt@onet.pl](mailto:skarbnik.audyt@onet.pl).

Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji projektu „Zdrowiej w domu” w związku z zawartą umową nr. FEMP.06.33-IP.01-1592/24 w ramach Funduszy Europejskich dla Małopolski 2021-2027, Priorytet 6. Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie 6.33, Wsparcie usług społecznych w regionie-ZIT.

Dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz w celu realizacji zawartych umów lub na podstawie dobrowolnie wyrażonej zgody.

Dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji projektu a następnie przez czas zabezpieczenia ewentualnych roszczeń oraz wymagany przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

Pani/ Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Odbiorcami Pani/ Pana danych mogą być podmioty, którym administrator zleca wykonanie czynności, z którymi wiąże się konieczność przetwarzania danych (podmioty przetwarzające). Dane osobowe mogą zostać przekazane do beneficjenta projektu, którym jest Gmina Niepołomice oraz do jednostki dotującej.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody) w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne w celu realizacji projektu.

Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie będą podlegać profilowaniu.

.....  
Data i podpis osoby, która zapoznała się z klauzulą – opiekuna faktycznego

.....  
Data i podpis osoby, która zapoznała się z klauzulą - osoby niesamodzielnej  
(w razie braku możliwości podpisu przez osobę niesamodzielną  
podpisuje opiekun faktyczny)