**Formularz zgłoszeniowy do projektu „SMARTOPIEKA PREMIUM”**

Ja ……………………………............................................................................…..niżej podpisany/a deklaruję chęć udziału w Projekcie *„Smartopieka Premium”* i oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności do udziału w Projekcie, tj. w szczególności jestem **osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**, czyli osobą, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób.

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU** | |
| Nazwisko |  |
| Imię (Imiona) |  |
| Płeć (K/M) |  |
| Data urodzenia |  |
| PESEL |  |
| **DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA** | |
| Województwo |  |
| Kod pocztowy, Miejscowość |  |
| Obszar | Obszar miejski  Obszar wiejski |
| Powiat |  |
| Ulica |  |
| Numer domu |  |
| Numer lokalu |  |
| Telefon |  |
| Adres e-mail |  |
| **POZOSTAŁE INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA** | |
| **Wykształcenie** | Niższe niż podstawowe  Podstawowe  Gimnazjalne  Ponadgimnazjalne  Policealne  Wyższe |
| **Inne** | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  tak  nie  odmowa podania informacji  Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  tak  nie  Osoba z niepełnosprawnościami  tak  nie  odmowa podania informacji  Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej  tak  nie  odmowa podania informacji  osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy  w tym osoba długotrwale bezrobotna  inne  osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy  w tym osoba długotrwale bezrobotna  inne  osoba bierna zawodowo  w tym:  osoba ucząca lub kształcąca się  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  inne  osoba pracująca  w tym:  rolnik  osoba samozatrudniona (prowadząca działalność na własny rachunek)  osoba zatrudniona w administracji samorządowej  osoba zatrudniona w administracji rządowej  osoba zatrudniona w organizacji pozarządowej  osoba zatrudniona w mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie (2-49 pracowników)  osoba zatrudniona w dużym przedsiębiorstwie (50-249 pracowników)  inne, jakie? …………………………………………………………………………  wykonywany zawód  w tym:  rolnik  instruktor praktycznej nauki zawodu  kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej  nauczyciel kształcenia ogólnego  nauczyciel kształcenia zawodowego  nauczyciel wychowania przedszkolnego  pracownik instytucji rynku pracy  pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia  pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej  pracownik instytucji szkolnictwa wyższego  pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej  inny  zatrudniony w ……………………………………………………………………………………………………………………………………….  (nazwa instytucji) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Opis sytuacji materialnej i życiowej uzasadniający udział w projekcie:** | | |
| **Ocena stanu zdrowia:**  **Jestem pacjentem bezpośrednio po przebytej hospitalizacji:**   * **Tak** * **Nie** | | |
| **Ocena stanu funkcjonowania:** | | |
| **Warunki mieszkaniowe:** | | |
| **Bariery w funkcjonowaniu:** | | |
| **Wsparcie otoczenia:** | | |
| **Wymagany zakres wsparcia usługami:** | | |
| **Korzystanie z instytucjonalnych form wsparcia:**   * Dom Pomocy Społecznej * Dzienny Dom Pomocy Społecznej * Usługi opiekuńcze świadczone przez Ośrodek Pomocy Społecznej * Inne (jakie?): ………………………………………………………………………………………………………..   **Krótki opis zakresu ww form wsparcia:**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
|  | | |
| **Kryteria dodatkowe:** | **TAK** | **NIE** |
| 1. Mój dochód 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 |  |  |
| 1. Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, lub z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną, lub osobą z zaburzeniami psychicznymi |  |  |
| 1. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek wskazanej w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie |  |  |
| 1. Korzystam z PO PŻ, lecz zakres wsparcia w projekcie (usługi opiekuńcze) nie powiela wsparcia otrzymanego przeze mnie w ramach PO PŻ |  |  |

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a ............................................................................................................................

(imię i nazwisko)

**pouczony i świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:**

* Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
* Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminami dotyczącymi realizacji projektu i akceptuję ich warunki (Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego)
* Oświadczam, że zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.
* Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
* Oświadczam, że zakres wsparcia w projekcie nie powiela wparcia otrzymywanego przeze mnie z innych źródeł.
* Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu.
* Wyrażam nieodpłatną i nieodwołalną zgodę na nieograniczone czasowo i terytorialnie przetwarzanie wizerunku w celach informacyjnych i promocyjnych projektu zgodnie z Art. 23 ust. 1 Ustawy o ochronie danych osobowych.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………… | …………………………………………………………….. |
| *(data)* | *(czytelny podpis)* |