

**FORMULARZ KWALIFIKACYJNY DO SKORZYSTANIA Z USŁUG SPOŁECZNYCH W RAMACH TRWAŁOŚCI PROJEKTU**

**„ROZWÓJ USŁUG SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH W ZAGŁĘBIOWSKIM CENTRUM WSPARCIA OPIEKUŃCZO-REHABILITACYJNO-PSYCHOLOGICZNYM”**

Projekt był współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

|                 |  |
|-----------------|--|
| Oś priorytetowa | 9. Włączenie społeczne                                 |
| Działanie       | 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne |
| Poddziałanie:   | 9.2.1 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych – ZIT     |

| <b>DANE PODSTAWOWE UCZESTNIKA/CZKI</b> |   |
|--|---|
| <b>Imię/Imiona</b>                     |   |
| <b>Nazwisko</b>                        |   |
| <b>PESEL</b>                           |   |
| <b>Wiek</b>                            |   |
| <b>Płeć</b>                            | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna   |
| <b>Wykształcenie</b>                   | <input type="checkbox"/> brak ( <i>brak formalnego wykształcenia – ISCED 0</i> )<br><input type="checkbox"/> podstawowe ( <i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej – ISCED 1</i> )<br><input type="checkbox"/> gimnazjalne ( <i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej – ISCED 2</i> )<br><input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne ( <i>liceum, technikum, szkoła zawodowa – ISCED 3</i> )<br><input type="checkbox"/> policealne ( <i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły policealnej – ISCED 4</i> )<br><input type="checkbox"/> wyższe ( <i>pełne i zakończone – licencjat lub magisterium – ISCED 5-8</i> ) |
| <b>DANE KONTAKTOWE</b>                 |   |
| <b>Kraj</b>                            | POLSKA  |
| <b>Województwo</b>                     | ŚLĄSKIE   |
| <b>Powiat</b>                          |   |
| <b>Gmina</b>                           |   |
| <b>Miejscowość</b>                     |   |
| <b>Ulica</b>                           |   |
| <b>Numer budynku</b>                   |   |
| <b>Numer lokalu</b>                    |   |
| <b>Kod pocztowy</b>                    |   |
| <b>Telefon kontaktowy</b>              |   |
| <b>Adres e-mail</b>                    |   |

|  |  |
|--|--|
| Kwalifikacja do obszaru wg stopnia urbanizacji (wypełnia Pracownik projektu zgodnie z LSI)<br>DEBURGA 1 – duże obszary miejskie (o ludności > 50 000 mieszkańców i dużej gęstości zaludnienia);<br>DEBURGA 2 – małe obszary miejskie (o ludności > 5 000 i średniej gęstości zaludnienia);<br>DEBURGA 3 – obszary wiejskie (o ludności < 5 000 i małej gęstości zaludnienia) | <input type="checkbox"/> DEGURBA 1<br><input type="checkbox"/> DEGURBA 2<br><input type="checkbox"/> DEGURBA 3<br>(zaznaczyć właściwe) |
|--|--|

| Status uczestnika/ki na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu |  |
|---|--|
| Osoba bezrobotna  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  |
| w tym   | <input type="checkbox"/> osoba niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy<br><input type="checkbox"/> osoba zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy<br>(Należy załączyć aktualne zaświadczenie z PUP)<br><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna (w przypadku osób poniżej 25 roku życia – są osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy, a w przypadku osób powyżej 25 roku życia – nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)   |
| Osoba bierna zawodowo*  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br><br>* Osoby bierne zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Do grupy biernych zawodowo zaliczamy m.in.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• studentów studiów stacjonarnych;</li> <li>• studentów studiów niestacjonarnych (studia wieczorowe, zaoczne) ale tylko wtedy gdy nie są zarejestrowani jako osoby bezrobotne;</li> <li>• osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), ale tylko wtedy gdy nie są zarejestrowane jako osoby bezrobotne;</li> </ul> Rozróżnienia pomiędzy statusem osoby bezrobotnej a biernej zawodowo należy dokonać na podstawie dokumentów (np. fakt potwierdzenia rejestracji w urzędzie pracy) jak i postawy potencjalnego uczestnika projektu tj. identyfikując stopień oddalenia danej osoby od rynku pracy, jej gotowość do podjęcia pracy i zaangażowanie w poszukiwanie zatrudnienia kwalifikujemy osobę do danej kategorii. |
| w tym   | <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne<br><input type="checkbox"/> osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  |
| Osoba pracująca   | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  |
| Osoba na emeryturze / na rencie   | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  |

| Status uczestnika/ki w chwili przystępowania do projektu                                 |  |
|--|--|
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |

|  |  |
|--|--|
|  | <input type="checkbox"/> ODMAWIAM<br>ODPOWIEDZI  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań, w tym m.in. przebywające w schroniskach, noclegowniach, mające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą, zamieszkujące w warunkach substandardowych (spowodowanych niskim stanem technicznym budynku, niedostatecznym wyposażeniem mieszkania w instalacje oraz nadmiernym zaludnieniem mieszkania)  | <input type="checkbox"/> TAK<br><br><input type="checkbox"/> NIE   |
| Osoba z niepełnosprawnościami, <u>(Należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia)</u>  | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> ODMAWIAM<br>ODPOWIEDZI  |
| Osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego <u>(Należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia)</u>   | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> ODMAWIAM<br>ODPOWIEDZI  |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie bez osób pracujących - w którym żadna z osób nie pracuje; wszyscy członkowie rodziny są bezrobotni albo bierni zawodowo.  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie bez osób pracujących ( samotna )  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie bez osób pracujących w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <i>(dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są biernie zawodowo oraz mieszkają z rodzicem)</i>  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, np. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> która nie ukończyła szkoły podstawowej <i>(i jest w wieku pozaszkolnym)</i>;</li> <li><input type="checkbox"/> uzależniona od alkoholu i/lub narkotyków;</li> <li><input type="checkbox"/> byli więźniowie;</li> <li><input type="checkbox"/> osoba korzystająca ze świadczeń lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem na podstawie art. 7 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj: spełniająca przesłankę (oprócz w/w):               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ubóstwa;</li> <li><input type="checkbox"/> sieroctwa;</li> <li><input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby <u>(Należy załączyć odpowiednie zaświadczenie od lekarza)</u>;</li> <li><input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie;</li> <li><input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;</li> <li><input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;</li> <li><input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub</li> </ul> </li> </ul> | <input type="checkbox"/> TAK – proszę<br>zakreślić<br>właściwe obok<br><br><input type="checkbox"/> NIE<br><br><input type="checkbox"/> ODMAWIAM<br>ODPOWIEDZI |

|   |  |
|---|--|
| <p>wielodzietnych;</p> <p><input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Polsce status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013r. o cudzoziemcach;</p> <p><input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej,</p> <p><input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej,</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pochodząca z obszarów wiejskich;</p> <p><input type="checkbox"/> osoba korzystające z PO PŻ (<u>Należy załączyć odpowiednie zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej</u>)</p> |  |
|---|--|

| <b>Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia</b>  |  |
|--|--|
| <p>Jestem osobą niesamodzielną 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 (<u>Należy załączyć odpowiednie zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia w przypadku osób niesamodzielných</u>)</p>    | <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>  |
| <p>Pełnię funkcję opiekuna faktycznego uczestnika projektu (<i>Opiekun faktyczny - osoba pełnoletnia, opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny</i>)</p> <p>.....</p> <p>(imię i nazwisko uczestnika projektu)</p>   | <p><input type="checkbox"/> TAK<br/>(proszę podać imię i nazwisko uczestnika projektu)</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> |
| <p>Pełnię funkcję opiekuna faktycznego osoby niepełnosprawnej, starszej, chorej, niesamodzielną lub w inny sposób wykluczonej lub zagrożonej wykluczeniem społecznym.</p>  | <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>  |
| <p>Jestem osobą z niepełnosprawnością lub osobą 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 2004 r. o pomocy społecznej – dotyczy potencjalnych uczestników – weryfikacja na podstawie oświadczenia (<u>Należy załączyć odpowiednie oświadczenie zgodne ze wzorem</u>)</p> | <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>  |



Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis uczestnika/czki projekt

.....  
Czytelny podpis opiekuna uczestnika/czki projektu\*

\*W przypadku gdy uczestnik nie może się samodzielnie podpisać, podpis składa upoważniony opiekun.