

Załącznik nr 1 do Regulaminu kwalifikacyjnego uczestników do trwałości projektu „Wspierająca opieka zdrowotna nad osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Powiecie M. Sosnowiec”

Formularz kwalifikacyjny

Uwaga! Przed rozpoczęciem wypełniania formularza kwalifikacyjnego do wsparcia w postaci usług zdrowotnych, należy zapoznać się z Regulaminem trwałości do pn. „Wspierająca opieka zdrowotna nad osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Powiecie M. Sosnowiec”.

W przypadku problemów z wypełnieniem formularza, można skorzystać z pomocy Kierowników poszczególnych obszarów wsparcia w Hospicjum w Sosnowcu, ul. Mjr Henryka Hubala-Dobrzańskiego 131.

Pola wyboru oznacza się znakiem X.

Oś priorytetowa	9. Włączenie społeczne
Działanie	9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne
Poddziałanie:	9.2.6 Rozwój usług zdrowotnych - konkurs

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

Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Kwalifikacja do obszaru wg stopnia urbanizacji (wypełnia Pracownik projektu zgodnie z LSI) DEBURGA 1 – duże obszary miejskie (o ludności > 50 000 mieszkańców i dużej gęstości zaludnienia); DEBURGA 2 – małe obszary miejskie (o ludności > 5 000 i średniej gęstości zaludnienia); DEBURGA 3 – obszary wiejskie (o ludności < 5 000 i małej gęstości zaludnienia)	<input type="checkbox"/> DEGURBA 1 <input type="checkbox"/> DEGURBA 2 <input type="checkbox"/> DEGURBA 3 (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 <input type="checkbox"/> osoba zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <i>(Należy załączyć aktualne zaświadczenie z PUP)</i> <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 <i>* 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.:</i> <ul style="list-style-type: none"> • studentów studiów stacjonarnych; • studentów studiów niestacjonarnych (studia wieczorowe, zaoczne) ale tylko wtedy gdy nie są zarejestrowani jako osoby bezrobotne; • 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; <i>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.</i>
w tym	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne <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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM 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 <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami, <u>(Należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia)</u>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM 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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM 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"> <input type="checkbox"/> która nie ukończyła szkoły podstawowej <i>(i jest w wieku pozaszkolnym)</i>; <input type="checkbox"/> uzależniona od alkoholu i/lub narkotyków; <input type="checkbox"/> byli więźniowie; <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): 	<input type="checkbox"/> TAK – proszę zakreślić

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ubóstwa; <input type="checkbox"/> sieroctwa; <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby (<u>Należy załączyć odpowiednie zaświadczenie od lekarza</u>); <input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; <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; <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej, <input type="checkbox"/> osoba pochodząca z obszarów wiejskich; <input type="checkbox"/> osoba korzystająca z PO PŻ (<u>Należy załączyć odpowiednie zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej</u>) 	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI
---	--

Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia	
<p>Jestem osobą niesamodzielną ze względu na podeszły wiek 60+, 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 niesamodzielnymi</u>)</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<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>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Oświadczam, iż w chwili przystąpienia do udziału we wsparciu w ramach trwałości projektu pn: Usługi społeczne dla osób niesamodzielnymi w Zagłębiowskim Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-Psychologicznego, nie jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności (nie dotyczy osób objętych dozorem elektronicznym). Zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania Realizatora o zmianie statusu w tym zakresie w trakcie mojego udziału we wsparciu.</p> <p>.....</p>	

Czytelny podpis	
-----------------	--

Forma wsparcia preferowana przez kandydata/-tkę (proszę zaznaczyć formę wsparcia , z której Pan/Pani chciałaby skorzystać ze względu na swoją sytuację życiową)	
Usługi w dziennym ośrodku rehabilitacyjnym	<input type="checkbox"/>
Usługi w opiece środowiskowej	<input type="checkbox"/>
Wypożyczalnia sprzętu	<input type="checkbox"/>

Preferowana forma powiadomienia o wynikach rekrutacji do projektu:

- telefoniczna (na nr telefonu podany w formularzu)
- e-mailowa (na adres e-mailowy podany w formularzu)
- listowna (na adres zamieszkania podany w formularzu)
- inna (należy wskazać jaka)

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 kandydata/-tki lub opiekuna*

**W przypadku, gdy podopieczny ze względu na stan zdrowia nie jest w stanie samodzielnie się podpisać, w jego imieniu podpis składa faktyczny opiekun tej osoby.*

