|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu\*: |  |

**\*Wypełnia Biuro projektu**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**,,Lepsze jutro – wsparcie usług opiekuńczych i usług wsparcia rodziny na terenie Miasta i Gminy Chodecz”** współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 9 Solidarne społeczeństwo, 9.3Rozwój usług zdrowotnych i społecznych, Poddziałanie 9.3.2 Rozwój usług społecznych

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE** | | | | | |
| Imię (imiona) |  | | | PESEL |  |
| Nazwisko |  | | | Płeć (w polu wstawić X) | Kobieta  Mężczyzna |
| **FORMA WSPARCIA, JAKĄ JEST PAN/PANI ZAINTERESOWANA:** | | | | | |
| Usługi opiekuńcze poza miejscem zamieszkania - stworzenie i zapewnienie bieżącego funkcjonowania Klubu Seniora | | | | | |
| Usługi ukierunkowane na rozwój i poprawę dostępu do usług wsparcia rodziny - Centrum Integracji Międzypokoleniowej. | | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA[[1]](#footnote-1)** | | | | | |
| Ulica |  | | | | |
| Numer domu |  | | | Numer lokalu |  |
| Miejscowość |  | | | Kod pocztowy |  |
| Gmina | Chodecz | | | Powiat | włocławski |
| Województwo | Kujawsko-pomorskie | | | | |
| Telefon stacjonarny |  | | | Telefon komórkowy |  |
| Adres e-mail | |  | | | |
| **DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ (JEŚLI DOTYCZY)** | | | | | |
| Imię i nazwisko | |  | | | |
| Adres zamieszkania | |  | | | |
| Nr telefonu | |  | | | |
| Adres e-mail | |  | | | |
| **KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE** | | | | | |
| Oświadczam, że spełniam definicję osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu niepełnosprawności (na potwierdzenie czego do formularza załączam kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności) | | | | TAK  NIE | |
| W przypadku zaznaczenia TAK należy dołączyć do formularza orzeczenie o niepełnosprawności | |
| Oświadczam, że spełniam definicję osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu stanu zdrowia (na potwierdzenie czego do formularza załączam aktualne zaświadczenie lekarskie w tym zakresie; w uzasadnionych przypadkach weryfikacja kryterium odbywa się na podstawie oświadczenie uczestnika z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń) | | | | TAK  NIE | |
| W przypadku zaznaczenia TAK należy co do zasady dołączyć do formularza zaświadczenie lekarskie. W przypadku braku takiego zaświadczenia wymagane jest załączenie stosownego oświadczenia uczestnika z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń | |
| Oświadczam, że zamieszkuję na terenie Gminy Chodecz, pow. włocławski, woj. kujawsko-pomorskie - weryfikacja w oparciu o oświadczenie uczestnika z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń | | | | TAK  NIE | |
| Oświadczam, że jestem osobą samotną w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości - weryfikacja w oparciu o oświadczenie (składam oświadczenie świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń) | | | | TAK  NIE | |
| Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości - weryfikacja w oparciu o oświadczenie (składam oświadczenie świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń) | | | | TAK  NIE | |
| Oświadczam, że jestem osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości - weryfikacja w oparciu o oświadczenie (składam oświadczenie świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń). | | | | TAK  NIE | |
| Oświadczam, że jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe spośród wskazanych poniżej przesłanek zagrożenia /wykluczenia społecznego): | | | | TAK  NIE | |
| osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 *ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej*  osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;  osoby przebywające w pieczy zastępczej, w tym również osoby przebywające w pieczy zastępczej na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, lub opuszczające pieczę zastępczą, rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;  osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382, z późn. zm.);  osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.);  osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu *Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020*;  członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;  osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;  osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;  osoby odbywające kary pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego;  osoby korzystające z PO PŻ. | | | | | |
| **OŚWIADCZENIA DODATKOWE O KANDYDACIE/KANDYDATCE** | | | | | |
| Oświadczam, że: | | | **Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe** | | **Dokument wymagany na potwierdzenie** |
| mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) | | | TAK  NIE | | oświadczenie Kandydata zawarte w formularzu (beneficjent ma prawo zweryfikować tę kwestię w oparciu o dokumentację (np. PIT, dochody z renty, emerytury, wywiad w MOPS) |
| doświadczam wielokrotnego wykluczenia społecznego[[2]](#footnote-2) | | | TAK  NIE | | oświadczenia lub zaświadczenia,  w przypadku osób z niepełnosprawnościami - orzeczenie o stopniu niepełnosprawności |
| jestem osobą niepełnosprawną ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności | | | TAK  NIE | | orzeczenie o stopniu niepełnosprawność |
| jestem osobą niepełnosprawną z niepełnosprawnością sprzężoną / z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi | | | TAK  NIE | | orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza |
| korzystam z PO PŻ (indywidualnie lub jako rodzina) | | | TAK  NIE | | oświadczenie lub inny dokument potwierdzający korzystanie z Programu |
| zamieszkuję na obszarach zdegradowanych wyznaczonych w lokalnych programach rewitalizacji lub gminnych programach rewitalizacji | | | TAK  NIE | | oświadczenie Kandydata zawarte w formularzu |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE** |
| **Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.**  **Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Urząd Miasta i Gminy Chodecz w sytuacji zmiany jakichkolwiek ze wskazanych powyżej danych.**  ………………………………….. …………………………………………...............  Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego |
| **Oświadczam, iż miesięczny dochód na członka w mojej rodzinie zgodnie z ustawą o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r.**  **w ciągu 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia dokumentów wynosi:**  …………………………………………………………………………………………………………………….  (należy podać kwotę na 1 członka rodziny)  ………………………………….. …………………………………………...............  Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego |
| **Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywieniowa 2014-2020 w następującym zakresie (wpisać jeśli dotyczy):**  …………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………….  ………………………………….. …………………………………………...............  Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego |

**Wypełnione dokumenty należy oddać do Biura Projektu – budynek Urzędu Miasta i Gminy Chodecz, ul. Kaliska 2, 87-860 Chodecz w godz. od 7.30 do 15.30.**

Załącznik do formularza zgłoszeniowego

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykaz pojęć** | |
| **PO PŻ** | Program Operacyjny Pomoc Żywieniowa 2014-2020 |
| **osoby korzystające z PO PŻ (zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ)** | osoby, otrzymujące pomoc żywnościową w formie paczek lub posiłku, które z powodu niskich dochodów nie mogą zapewnić sobie/rodzinie odpowiednich produktów żywnościowych (posiłków) i dlatego też trafiać będzie do ograniczonej liczby osób znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji (określonej przesłankami z art. 7 ustawy o pomocy społecznej oraz poziomem dochodów odniesionych do procentowej wartości odpowiedniego kryterium dochodowego określonego w tej ustawie.  Zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej i Art. 7. Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu m.in:  1) ubóstwa;  2) bezdomności;  3) niepełnosprawności;  4) długotrwałej lub ciężkiej choroby; |
| **znaczny stopień niepełnosprawności** | Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. |
| **umiarkowany stopień niepełnosprawności** | Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych. |
| **niepełnosprawność sprzężona** | O niepełnosprawności sprzężonej mowa jest wówczas, gdy jest ona złożona, podwójna lub wieloraka, bądź też towarzyszy jej dodatkowe kalectwo. Upośledzenie sprzężone występuje u osoby u której stwierdza się dwie lub więcej niepełnosprawności, powodowane jednym lub kilkoma czynnikami endo lub egzogennymi w różnych okresach życia, co dotyczy także okresu prenatalnego. |
| **osoba z zaburzeniami psychicznymi** | Zgodnie z Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby:  a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),  b) upośledzonej umysłowo,  c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym |
| **dochód na członka w rodzinie poniżej progu ustaw. - dochód nie przekracza 150% właściwego kryt. dochod. (na os. samotnie gospodarującą lub na os. w rodzinie) zg. z ust. o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r.** | 1. Dochód nie przekracza 1051,50 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) – w przypadku osoby samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty 701,00 złotych (kryterium dochodowe osoby samotnie gospodarującej), 2. Dochód nie przekracza 792 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) w przypadku osób w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 528,00 zł (kryterium dochodowe na osobę w rodzinie”   – przy jednoczesnym wystąpieniu co najmniej jednego z powodów wymienionych w art. 7 pkt 2–15 oraz innych okoliczności uzasadniających udzielenie pomocy społecznej. |
| **doświadczanie wielokrotnego wykluczenia** | To osoby doświadczające wykluczenia z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym |
| **Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** | Zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 są to:  a) osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;  b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;  c) osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w Ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;  d) osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z Ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich;  e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w Ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty;  f) osoby z niepełnosprawnością –osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;  g)członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;  h) osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;  i) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;  j) osoby odbywające kary pozbawienia wolności;  k) osoby korzystające z PO PŻ. |
| **Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** | Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu–osoba, 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. |

1. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Odpowiedz TAK zaznaczyć należy tylko w przypadku wskazania więcej niż jednej z przesłanej wykluczania społecznego w tabeli na stronie 2 i 3 [↑](#footnote-ref-2)