**Formularz Zgłoszeniowy Osoby z Niepełnosprawnością**

**w**

**Okresie Trwałości Projektu**

**„Program rozwoju systemu usług asystenckich II”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lider**  **Projektu** | **Fundacja Razem ul. Beethovena 1-2, 58 – 300 Wałbrzych** |
| **Partner Projektu** | **Powiatowy Urząd Pracy w Kłodzku ul. Wyspiańskiego 2 J, 57-300 Kłodzko** |
| **Tytuł/nr** **projektu** | **„Program rozwoju systemu usług asystenckich II”**  **WND -** **RPDS.09.02.01-02-0022/17-00** |
| **Priorytet** | **9. Włączenie Społeczne** |
| **Działanie** | **9.2 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych** |
| **Poddziałanie** | **Nie dotyczy** |
| **Numer zgłoszeniowy** |  |
| **Data i godz. wpływu** |  |

**UWAGA:**

1. Formularz powinien być wypełniony elektronicznie lub odręcznie w sposób czytelny oraz powinien być podpisany w miejscach do tego wskazanych.
2. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę (obok skreślenia)

a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.

1. Każde pole formularza powinno zostać wypełnione, w przypadku gdy dane pole nie dotyczy Kandydata, należy umieścić adnotację „nie dotyczy”.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane Uczestnika/Uczestniczki** | | | | | | | | | |
| **Imię:** | |  | | | | | | | |
| **Nazwisko:** | |  | | | | | | | |
| **PESEL:** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | |
| **Miejsce zamieszkania:** | | | | | | | | | |
| **Województwo:** | |  | | | | | | | |
| **Powiat:** | |  | | | | | | | |
| **Gmina:** | |  | | | | | | | |
| **Miejscowość:** | |  | | **Kod pocztowy:** | | | | |  |
| **Obszar** | | ☐ **miejski** | | | | | ☐ **wiejski[[1]](#footnote-1)** | | |
| **Ulica:** | |  | | | | | | | |
| **Nr budynku:** |  | **Nr lokalu:** | | | |  | | | |
| **Telefon kontaktowy:** | | |  | | | | | | |
| **Adres e-mail** | | |  | | | | | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | * Tak * Nie * Odmawiam podania informacji | | | | | | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | ☐ Tak  ☐ Nie | | | | | | |
| Osoba z niepełnosprawnością | | | * Tak * Nie | | | | | | |
| rodzaj niepełnosprawności[[2]](#footnote-2) | | | ☐ …………………………………………………………………………………………………………………..  ☐ sprężona | | | | | | |
| W przypadku osoby z niepełnosprawnością prosimy o informacje dotyczące posiadanego orzeczenie o niepełnosprawności i/lub zdolności do pracy | | | Zakład Ubezpieczeń Społecznych: | | | | | Powiatowy zespół orzekania o niepełnosprawności: | |
| ☐ częściowa niezdolność do pracy  ☐ całkowita niezdolność do pracy  ☐ całkowita niezdolność do pracy i samodzielniej egzystencji ☐ nie posiadam orzeczenia w tym zakresie | | | | | ☐ niepełnosprawność w stopniu lekkim  ☐ niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym  ☐ niepełnosprawność w stopniu znacznym | |
| Osoba z zaburzeniami psychicznymi  W przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi nie posiadającymi orzeczenia o niepełnosprawności dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia | | | ☐ Tak | | | | | | ☐ Nie |
| Dziecko/dzieci z niepełnosprawnością.  W przypadku dziecka/dzieci z niepełnosprawnością oświadczenie rodzica/opiekuna oraz orzeczenie o niepełnosprawności (jeżeli takie posiada) lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia kwalifikujący dane dziecko do objęcia wsparciem asystenckim | | | * Tak | | | | | | * Nie |
| * osoba niepełnosprawna fizycznie poruszająca się na wózku inwalidzkim, o kulach lub mająca trudności w samodzielnym poruszaniu się, * osoba z orzeczoną niepełnosprawnością z tytułu wzroku – niewidoma lub niedowidząca w stopniu uniemożliwiającym swobodne poruszanie się w terenie, * osoba niepełnosprawna, która ze względu stan zdrowia nie może samodzielnie poruszać się w środowisku, * dziecko/dzieci z niepełnosprawnością, wymagające stałej opieki rodziców/opiekunów prawnych, * osoba niepełnosprawna samotnie zamieszkująca, nie mająca wystarczającego wsparcia ze strony rodziny i osób bliskich. | | | | | | | | | |
| Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym[[3]](#footnote-3) | | | ☐ Tak | | | | | | ☐ Nie |
| **w tym:** | | | osoba zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego[[4]](#footnote-4) | | | | | | |
| ☐ Tak | | | | | | ☐ Nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami lub osoba niesamodzielna 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  \* 1051,50 zł netto  \* 792 zł netto | | | ☐ Tak | | ☐ Nie | | | | |
| Osoba korzystająca Z POPŻ | | | ☐ Tak | | ☐ Nie | | | | |
| **Czy jest pan/pani zainteresowana wsparciem w zakresie?** | | | | | | | | | |
| * Usługa asystencka TAK\* NIE\* * Wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego TAK\* NIE\*   \*właściwe podkreślić | | | | | | | | | |

Oświadczam, że podane przeze mnie powyższe dane, jak również dane zawarte w innych dokumentach dotyczących chęci korzystania z usług w okresie trwałości projektu „Program rozwoju systemu usług asystenckich II” są zgodne z prawdą.

Oświadczam też, że zostałem/-am pouczony/-a oraz jestem świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń nieprawdy lub zatajenie prawdy.

. …………………………………………………… ……….………………………………………………………………………

miejscowość i data podpis Kandydata/ki projektu lub rodzica/ opiekuna prawnego[[5]](#footnote-5)

1. zamieszkanie na terenie : powiatu ząbkowickiego, kłodzkiego, wałbrzyskiego i gmin wiejskich powiatów ząbkowickiego, kłodzkiego, wałbrzyskiego [↑](#footnote-ref-1)
2. Jeśli dotyczy [↑](#footnote-ref-2)
3. Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem 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 (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 163); b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 43, poz. 225, z późn. zm.);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 (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 332, z późn. zm.); 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 (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 382); 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 (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.); f) osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375); g) rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością; h) osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.); i) osoby niesamodzielne przez które rozumie się osoby, które ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego; j) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020; k) osoby korzystające z PO PŻ. [↑](#footnote-ref-3)
4. osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z więcej niż 1 powodu opisanego w przypisie 5 [↑](#footnote-ref-4)
5. dotyczy rodzica/opiekuna prawnego [↑](#footnote-ref-5)