



Zaopiekowani – systemowe wzmacnianie potencjału opiekuńczego rodzin

Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Zaopiekowani – systemowe wspieranie potencjału opiekuńczego rodzin”

Wypełnia osoba przyjmująca wniosek	
Nr identyfikacyjny wniosku:	Data wpływu:

**WNIOSEK OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ O OBJĘCIE WSPARCIEM
w ramach projektu „Zaopiekowani - systemowe wzmacnianie potencjału opiekuńczego rodzin”**

Zadanie 3– Mobilne Usługi Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej

W miejscu należy zaznaczyć właściwą odpowiedź „krzyżykiem” X

I. DANE PERSONALNE KANDYDATA/KANDYDATKI (OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ -ONR) DO PROJEKTU

Imię/Imiona:											
Nazwisko:											
PESEL:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres zamieszkania: ¹											
Ulica:											
Nr domu:						Nr lokalu:					
Miejscowość:						Kod pocztowy:					
Gmina:						Powiat:					
Województwo:											
Numer telefonu:						Adres e-mail:					

II. KRYTERIUM FORMALNE

Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością ruchową²:

- Tak
 Nie

¹ Miejszem zamieszkania jest zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1145 z późn. zm.) - miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

² Osoba z niepełnosprawnością- oznacza osobę w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm) a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882 z późn. zm.) tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.



III. KRYTERIA MERYTORYCZNE

1. Niepełnosprawność

Posiadam orzeczoną niepełnosprawność ³ :		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki
	Jaki rodzaj niepełnosprawności Pan/Pani posiada

2. Kryterium dochodowe osoby z niepełnosprawnością⁴

- Oświadczam, że prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe i mój dochód **nie przekracza/przekracza**⁵ 150 % kryterium dochodowego zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, czyli kwoty 1051,50 zł.
- Oświadczam, że prowadzę wspólne gospodarstwo domowe, które łącznie ze mną stanowi osób, a dochód w mojej rodzinie rozumianej jako osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące **nie przekracza/przekracza**⁶ 150% kryterium dochodowego dla osoby w rodzinie, czyli kwoty 792,00 zł.

3. Dochód osoby niesamodzielnej przekraczającej 150% kryterium dochodowego:⁷

- Oświadczam, że prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe, a mój dochód wynosi:
 - do 1500,00 zł włącznie
 - powyżej 1500,00 zł do 2000,00 zł włącznie
 - powyżej 2000,00 zł do 3000,00 zł włącznie
 - powyżej 3000,00 zł do 4000,00 zł włącznie
 - powyżej 4000,00 zł
- Oświadczam, że prowadzę wspólne gospodarstwo domowe⁸, a dochód na osobę wynosi:
 - do 1000,00 zł włącznie
 - powyżej 1000,00 zł do 1500,00 zł włącznie
 - powyżej 1500,00 zł do 2000,00 zł włącznie
 - powyżej 2000,00 zł do 3000,00 zł włącznie
 - powyżej 3000,00 zł

³ W rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

⁴ Oznacza dochód zgodny z definicją zawartą w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa do projektu.

⁵ Niewłaściwie skreślić.

⁶ Niewłaściwie skreślić.

⁷ Wypełnić w przypadku, gdy dochód osoby z niepełnosprawnością jest powyżej 150% kryterium dochodowego.

⁸ Rozumiane jako osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące.



Zaopiekowani – systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin

4. Oświadczam, że korzystam z usług opiekuńczych ośrodka pomocy społecznej⁹:

- Tak
- Nie

5. Oświadczam, że:

- opiekuje się mną opiekun/opiekunowie faktyczni: opiekę nadę mną sprawuje opiekunów faktycznych¹⁰ (należy wskazać liczbę osób)
- nie opiekuje się mną żaden opiekun faktyczny

6. Inne ważne okoliczności faktyczne

Proszę wskazać inne indywidualne okoliczności życiowe/materialne mające wpływ na potrzebę przyznania usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej dla osoby z niepełnosprawnością ruchową (np.: czy osobą z niepełnosprawnością opiekują się inni opiekunowie faktyczni/prawni w tym częstotliwość sprawowania opieki, ograniczenia wynikające z sytuacji zdrowotnej, inne bariery):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU

1. Pouczona/y o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą zgodnie z art. 286 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1950 z późn. zm.), „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” **oświadczam**, że podane w niniejszym wniosku o objęcie wsparciem dane materialne, osobiste i rodzinne są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania w przypadku ich zmiany;
2. **Zapoznałem/am się** z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa i spełniam warunki formalne uczestnictwa w projekcie „Zaopiekowani - systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin” i w pełni akceptuję Regulamin;

⁹ Instytucja samorządowa świadcząca pomoc społeczną, działająca w każdej gminie (w gminie miejskiej jest to miejski ośrodek pomocy społecznej, zaś w gminie wiejskiej to gminny ośrodek pomocy społecznej).

¹⁰ Osoba pełnoletnia, opiekująca się osobą z niepełnosprawnością, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niepełnosprawną, najczęściej członek rodziny.



Zaopiekowani – systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin

3. **Zobowiązuję się** wypełnić wszelkie niezbędne dokumenty w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie;
4. **Zostałem/am poinformowany/a**, że Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
5. Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. 2019 poz. 1781) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) - **wyrażam zgodę** na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez Fundację Pomocy Chorym na Zanik Mięśni do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji do projektu, zgodnie z Informacją związaną z przetwarzaniem danych osobowych kandydatów do projektu stanowiącą Zał. 7 do Regulaminu rekrutacji uczestnictwa w projekcie. Dane są niezbędne do realizacji RPO WZ 2014-2020. Ponadto wyrażam zgodę, aby moje dane kontaktowe (numer telefonu i/lub e-mail) zostały przekazane potencjalnemu asystentowi osobistemu osoby niepełnosprawnej w celu umożliwienia mi kontaktu z nim, aby móc zweryfikować czy akceptuję tę osobę jako mojego opiekuna.

.....
Data

.....
Czytelny podpis osoby z niepełnosprawnością/
opiekuna prawnego/opiekuna faktycznego¹¹

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO¹²

Oświadczam, że jestem opiekunem faktycznym wskazanej we Wniosku o objęcie wsparciem osoby z niepełnosprawnością. Stan zdrowia tej osoby nie pozwala na świadome złożenie podpisu, a nie ma ona opiekuna prawnego.

Znane mi są okoliczności, w ramach których składany jest Wniosek o objęcie wsparciem.

Niniejszym oświadczam, że podane we Wniosku o objęcie wsparciem informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą zgodnie z art. 286 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1950 z późn. zm.).

.....
Data

.....
Czytelny podpis opiekuna faktycznego

¹¹ Niewłaściwe skreślić.

Dopuszcza się podpisanie dokumentu przez opiekuna faktycznego osoby z niepełnosprawnością, jeżeli stan zdrowia tej osoby nie pozwala na świadome złożenie podpisu, a nie ma ona opiekuna prawnego.

¹² Wypełnić w przypadku, gdy Wniosek podpisuje opiekun faktyczny.