

# FORMULARZ REKRUTACYJNY

dla opiekuna faktycznego, który opiekuje się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Jest to formularz rekrutujący uczestników do projektu **WSPIERAMY NIESAMODZIELNYCH I ICH OPIEKUNÓW**, który jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

Projekt będzie realizowany przez fundację **WSPIERAMY** (Beneficjent realizujący projekt) w partnerstwie z **Caritas Diecezji Sosnowieckiej** (Partner projektu).

Okres realizacji projektu to 16 miesięcy od 1.04.2021 do 31.07.2022.

Okres rekrutacji: od **15.02.2021 do wyczerpania miejsc**.

Przed wypełnieniem formularza zapoznaj się proszę z Regulaminem rekrutacji do projektu, który jest dostępny na stronie internetowej [www.wspieramy.org.pl](http://www.wspieramy.org.pl), [www.sosnowiec.caritas.pl](http://www.sosnowiec.caritas.pl) a także w biurze projektu (Centrum Aktywności Obywatelskiej, ul. Sienkiewicza 6a, Dąbrowa Górnicza).

W przypadku pytań prosimy o kontakt pod numerem telefonu **881 688 824**.

- odpowiedzi obowiązkowe

**opiekun faktyczny** to osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, nie będąca opiekunem zawodowym i nie pobierająca wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki, najczęściej członek rodziny

**osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** to 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

## Kryterium obligatoryjne

### 1. Czy mieszkasz na terenie gminy Dąbrowa Górnicza? \*

Tak

Nie

Jeśli wybrałeś/wybrałaś odpowiedź Tak zaakceptuj poniższe oświadczenie.

Oświadczam, że mieszkam na terenie gminy Dąbrowa Górnicza.

### 2. Czy korzystasz z tożsamych, bezpłatnych usług, które są oferowane w ramach niniejszego projektu i zostały opisane w regulaminie rekrutacji §5 Formy wsparcia. \*

a) pomoc w uzyskaniu informacji umożliwiających poruszanie się po różnych systemach wsparcia, z których korzystanie jest niezbędne dla sprawowania wysokiej jakości opieki, b) usługi szkoleniowe, które mają na celu zwiększenie umiejętności opiekunów w zakresie opieki nad osobą niesamodzielną, c) usługi psychologiczne lub terapeutyczne, d) spotkania w ramach grupy wsparcia

Tak, korzystam

Nie, nie korzystam

Jeśli wybrałeś/wybrałaś odpowiedź Nie zaakceptuj poniższe oświadczenie.

Oświadczam, że nie otrzymuję wsparcia w tożsamym zakresie.

### 3. Czy osoba, którą opiekujesz się potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego)? \*

Kąpanie się/mycie się (podopieczny potrzebuje pomocy przy myciu się lub kąpaniu się).

Tak  Nie

Ubieranie się i rozbieranie (podopieczny potrzebuje pomocy np. przy wkładaniu i zdejmowaniu bielizny, wyjmowaniu ubrań z szafy, używaniu suwaka i guzików).

Tak  Nie

Korzystanie z toalety (podopieczny potrzebuje pomocy np. przy samodzielnym pójściu do toalety, załatwianiu potrzeb fizjologicznych, korzystaniu z basenu).

Tak  Nie

Poruszanie się (podopieczny potrzebuje pomocy innej osoby przy przemieszczaniu się)

Tak  Nie

Jedzenie (podopieczny potrzebuje pomocy przy jedzeniu).

Tak  Nie

Kontrolowane wydalanie moczu i stolca (podopieczny ma problem z kontrolą nad trzymaniem moczu i stolca).

Tak  Nie

Jeżeli zaznaczyłeś/zaznaczyłaś co najmniej jedną odpowiedź w ramach pytania nr 3 na Tak oznacza to że, jesteś opiekunem osoby, która potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Dostarcz zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie, inny dokument poświadczający stan zdrowia Twojego podopiecznego lub/i zaakceptuj poniższe oświadczenie.

Oświadczam, że jestem opiekunem faktycznym osoby, która potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (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).

Kryterium pierwszeństwa (dochodowe)

**4. Czy Twój dochód lub dochód Twojego podopiecznego przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie? \***

1051,50zł - dla osoby samotnie gospodarującej lub 792,00zł - dla osoby w rodzinie

Tak, przekracza

Nie, nie przekracza

Proszę dostarcz zaświadczenie o dochodach lub inne dokumenty określające dochód (np. zaświadczenie z MOPS, odcinek renty lub emerytury, PIT za rok poprzedni).

Kryterium preferencji (punktowe)

**5. Czy jesteś osobą lub rodziną, która korzysta ze świadczeń z pomocy społecznej (zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub osobą kwalifikującą 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) \***

Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu: 1) ubóstwa; 2) sieroctwa; 3) bezdomności; 4) bezrobocia; 5) niepełnosprawności; 6) długotrwałej lub ciężkiej choroby; 7) przemocy w rodzinie; 7a) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; 8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 9) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; 10) uchylony; 11) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 przesłanki obowiązkowego udzielenia zezwolenia na pobyt czasowy w celu połączenia się z rodziną ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; 12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; 13) alkoholizmu lub narkomanii; 14) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; 15) klęski żywiołowej lub ekologicznej.

Tak       Nie

Jeśli wybrałeś/wybrałaś odpowiedź Tak dostarcz zaświadczenie z MOPS o korzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej lub/i zaakceptuj poniższe oświadczenie.

Oświadczam, że jestem osobą/ rodziną korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

## 6. Czy jesteś osobą, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym \*

Przepisy ustawy stosuje się w szczególności do: 1) bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 2) uzależnionych od alkoholu, 3) uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających, 4) chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, 5) długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, 6) zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 7) uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 8) osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

Tak

Nie

Jeśli wybrałeś/wybrałaś odpowiedź Tak dostarcz zaświadczenie z UP (Urzędu Pracy) o zatrudnieniu socjalnym lub/i zaakceptuj poniższe oświadczenie.

Oświadczam, że jestem osobą o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym.

## 7. Czy Twój podopieczny jest osobą z niepełnosprawnością? \*

Niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolności do wykonywania pracy zawodowej.

- Tak, o lekkim stopniu niepełnosprawności  
 Tak, o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności  
 Tak, o znacznym stopniu niepełnosprawności  
 Tak, z niepełnosprawnością sprzężoną  
 Tak, z zaburzeniami psychicznymi  
 Tak, z niepełnosprawnością intelektualną  
 Tak, z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi  
 Nie mam orzeczenia o niepełnosprawności  
 Inne:.....

Jeśli Twój podopieczny jest osobą z niepełnosprawnością dostarcz kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.

## 8. Czy jesteś rodziną, która korzysta z PO PŻ (Programu Operacyjnego Pomocy Żywnościowej)? \*

Tak

Nie

Jeśli wybrałeś odpowiedź Tak dostarcz zaświadczenie dot. korzystania z PO PŻ lub/i zaakceptuj poniższe oświadczenie.

Oświadczam, że jestem rodziną, która korzysta z PO PŻ (Programu Operacyjnego Pomocy Żywnościowej).

**9. Czy jesteś osobą, która nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością? \***

Tak

Nie

Jeśli wybrałeś odpowiedź Tak zaakceptuj poniższe oświadczenie.

Oświadczam, że jestem osobą, która nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością.

**10. Czy jesteś osobą, której gospodarstwo domowe składa się z 2 osób: opiekuna faktycznego i osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu? \***

Tak

Nie

**11. Czy jesteś osobą, która ukończyła 60 lat (kobieta) lub 65 (mężczyzna)? \***

Tak

Nie

**12. Czy jesteś opiekunem faktycznym, który opiekuje się więcej niż jedną osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu? \***

Tak

Nie

**13. Czy jesteś osobą, która dopiero zaczęła opiekować się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (opieka przez okres nie dłuższy niż pół roku)? \***

Tak

Nie

**14. Czy jesteś osobą, która przez długi okres czasu (powyżej 3 lata) opiekuje się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu? \***

Tak

Nie

## Dane osobowe kandydata

<b>IMIĘ:</b>	
<b>NAZWISKO:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>PŁEĆ (K/M):</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>DANE KONTAKTOWE:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr budynku/ nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Telefon kontaktowy:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

## Klauzula informacyjna o ochronie danych osobowych

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE informuję, iż:

1. Administratorem Twoich danych osobowych jest **WSPIERAMY** (ul. Sienkiewicza 6a, 41-300 Dąbrowa Górnicza);
2. Twoje dane osobowe, przetwarzane będą w celach związanych z potencjalnym udziałem w projekcie, w tym:
  - a) w celu przeprowadzenia procedury rekrutacji do ww. projektu;
  - b) w celu odpowiadania na pisma, wnioski i zapytania dot. wyników rekrutacji;
3. Twoje dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych powyżej celów, tj. w przypadku rekrutacji - do zakończenia rekrutacji, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa lub dla realizacji przez administratora jego uzasadnionego interesu.
4. Posiadasz prawo do żądania od administratora:
  - a) dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych,
  - b) prawo do ich sprostowania,
  - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych w przypadku gdy:
    - osoba której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych,
    - przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba której dane dotyczą sprzeciwia się usunięciu danych żądając w zamian ich ograniczenia,
    - administrator nie potrzebuje już danych do swoich celów, ale osoba której dane dotyczą potrzebuje ich do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń,
  - d) prawo do cofnięcia zgody (w zakresie w jakim zgoda została udzielona. Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem),
  - e) prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych oparte jest na podstawie niezbędności do celów wynikających z prawnie uzasadnionego interesu administratora,
  - f) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. Prawo do bycia zapomnianym) w przypadku gdy:
    - dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,
    - osoba której dane dotyczą wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych,
    - osoba której dane dotyczą, cofnęła zgodę na której opiera się przetwarzania i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania,
    - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
    - dane muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa.
5. Masz prawo wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Podanie przez Ciebie danych osobowych jest warunkiem przeprowadzenia procesu rekrutacji do projektu

7. Podanie innych danych niż wynikających z formularza zgłoszeniowego jest dobrowolne. W zakresie w jakim dane osobowe są zbierane na podstawie zgody, podanie danych osobowych jest dobrowolne.

8. W przypadku zakwalifikowania do projektu sporządzona zostanie odrębna klauzula dotycząca ochrony danych osobowych w kontekście udziału w projekcie.

## OŚWIADCZENIA SZCZEGÓLNE

Proszę zaakceptuj poniższe oświadczenia. \*

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą i jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń. \*

Jestem świadomy/świadoma, iż w razie złożenia przeze mnie oświadczeń niezgodnych z prawdą, skutkujących po stronie Beneficjenta realizującego projekt, obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w ww. projekcie, Beneficjent realizujący projekt będzie miał prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej. \*

Jestem świadomy/świadoma, iż zgłoszenie się do udziału w projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem. \*

**Data wypełnienia formularza (rrrr-mm-dd):**

**Podpis kandydata:**

Za moment zgłoszenia kandydata do projektu przyjmuje się datę złożenia kompletu dokumentacji (formularz rekrutacyjny oraz dodatkowe dokumenty opisane w formularzu).