**Załącznik nr 1a do Regulaminu**

**rekrutacji uczestników w zakresie wsparcia**

**„Opieka mobilna + wsparcie środowiskowe”**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**

**Projekt nr FEDS.07.07-IP.02-0060/23-00 pt. „ZOBACZ WE MNIE CZŁOWIEKA – Wałbrzyskie Centrum Integracji Osób z Niepełnosprawnościami – opieka mobilna i stacjonarna dla mieszkańców Wałbrzycha i powiatu wałbrzyskiego”**

|  |
| --- |
| **Wypełnia Beneficjent:** |
| **Nr identyfikacyjny:** |  |
|  **Data wpływu:** |  |

**Część A. INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

**I. Dane osoby kandydującej:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane kandydata**  | Imię/Imiona |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Płeć |  |
| Obywatelstwo |  |
| Wykształcenie | * Niższe niż podstawowe (ISCED 0),
* Podstawowe sześcioletnie (ISCED 1),
* Podstawowe ośmioletnie (ISCED 2),
* Gimnazjalne (ISCED 2),
* Ponadgimnazjalne/średnie (ISCED 3),
* Policealne (ISCED 4),
* Wyższe (ISCED 5-8).
 |
| **Miejsce zamieszkania i dane kontaktowe** | Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| **Status osoby****na rynku pracy** | 1. Osoba bezrobotna:
 | * Tak
 | * Nie
 |
| 1. w tym osoba zarejestrowana w PUP
 | * Tak
 | * Nie
 |
| 1. w tym osoba długotrwale bezrobotna
 | * Tak
 | * Nie
 |
| 1. w tym inne
 |  |
|  | 1. Osoba bierna zawodowo
 | * Tak
 | * Nie
 |
| **Status osoby****na rynku pracy** | 1. w tym osoba ucząca się / odbywająca kształcenie
 | * Tak

data zakończenia edukacji ………………….. | * Nie
 |
|  | 1. w tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu i szkoleniu
 | * Tak
 | * Nie
 |
|  | 1. w tym inne
 |  |
|  | 1. Osoba pracująca
 | * Tak
 | * Nie
 |
| **Status w chwili przystąpienia do projektu** | Osoba obcego pochodzenia | * Tak
* Nie
 |
| Osoba państwa trzeciego | * Tak
* Nie
 |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej) | * Tak
* Nie
* Odmowa podania informacji
 |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  | * Tak
* Nie
 |

**II. Dodatkowe dane kontaktowe do osoby/osób/rodziny (otoczenia uczestnika/uczestniczki projektu) do kontaktów roboczych w sprawie udzielanego wsparcia na rzecz osoby aplikującej o przystąpienie do projektu *(jeśli dotyczy):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dodatkowe dane kontaktowe** | Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |

1. **Informacja o niepełnosprawności oraz kryteriach premiujących**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnościami** | * Tak
 | * Nie
 |
| Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności– 5 pkt  | * Tak
 | * Nie
 |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną– 5 pkt | * Tak
 | * Nie
 |
| Jestem osobą z chorobami psychicznymi- 5 pkt | * Tak
 | * Nie
 |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną– 5 pkt | * Tak
 | * Nie
 |
| Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)– 5 pkt | * Tak
 | * Nie
 |
| Jestem osobą korzystające z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (FE PŻ)- 5 pkt | * Tak
 | * Nie
 |
| Jestem osobą zamieszkującą samotnie– 5 pkt | * Tak
 | * Nie
 |
| **Razem punkty premiujące** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ punktów** |

1. **Ocena sytuacji życiowej i adekwatności wsparcia:**

|  |
| --- |
| **Czy Pan/Pani potrzebuje wsparcia w czynnościach życia codziennego?** |
| **Tak**  |  |
| **Nie** |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |
| --- |
| **Czy Pan/Pani samodzielnie porusza się podczas czynności dnia codziennego?**  |
| **Tak**  |  |
| **Nie** |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |
| --- |
| **Czy Pan/Pani samodzielnie porusza się środkami transportu publicznego?** |
| **Tak**  |  |
| **Nie** |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |
| --- |
| **Czy Pan/Pani samodzielnie dokonuje czynności higienicznych, załatwia potrzeby fizjologiczne?** |
| **Tak**  |  |
| **Nie** |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |
| --- |
| **Czy Pan/Pani wykonuje samodzielnie czynności samoobsługowe (ubieranie, mycie, jedzenie, picie, robienie zakupów, przygotowanie posiłków, sprzątanie w domu itp.)?** |
| **Tak**  |  |
| **Nie** |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |
| --- |
| **Czy Pan/Pani samodzielnie dba o swoje zdrowie (kontakt z lekarzem, wykup leków, rejestracja do przychodni, dostęp do świadczeń zdrowotnych itp.)** |
| **Tak**  |  |
| **Nie** |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |
| --- |
| **Czy Pan/Pani samodzielnie potrafi wypełniać urzędowe dokumenty i pisma, załatwiać bieżące sprawy urzędowe, regulować rachunki?** |
| **Tak**  |  |
| **Nie** |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |
| --- |
| **Czy Pan/Pani z łatwością nawiązuje i utrzymuje kontakty z otoczeniem (koleżanki, koledzy, znajomi, rodzina, sąsiedzi itp.)?** |
| **Tak**  |  |
| **Nie** |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |
| --- |
| **Czy Pan/Pani potrafi zorganizować wolny czas?** |
| **Tak**  |  |
| **Nie** |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |
| --- |
| **Czy według Pana/Pani z łatwością przychodzi Panu/Pani rozwiązywanie problemów?** |
| **Tak**  |  |
| **Nie** |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |
| --- |
| **Czy ma Pan/Pani zdolność do opanowania nowej umiejętności?** |
| **Tak**  |  |
| **Nie** |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |
| --- |
| **Czy ma Pana/Pani zdolność do zdolność do skupiania uwagi?** |
| **Tak**  |  |
| **Nie** |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |
| --- |
| **Czy Pan/Pani kontroluje swoje emocje i zachowania?** |
| **Tak**  |  |
| **Nie** |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |
| --- |
| **Czy samodzielnie nawiązuje Pan/Pani kontakt z poradniami (np. poradnia psychologiczno-pedagogiczna, poradnia psychiatryczna, ortopedyczna, neurologiczna, onkologiczna itp.)?** |
| **Tak**  |  |
| **Nie** |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |
| --- |
| **Czy Pan/Pani samodzielnie przyjmuje leki?**  |
| **Tak** |  |
| **Nie**  |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |
| --- |
| **Czy Pan/Pani samodzielnie dopilnowuje wizyt lekarskich, badań diagnostycznych?** |
| **Tak** |  |
| **Nie**  |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |
| --- |
| **Czy Pan/Pani w sytuacjach kryzysowych korzysta z poradni specjalistycznych, wsparcia specjalistycznego lub rozmów terapeutycznych?** |
| **Tak** |  |
| **Nie**  |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |
| --- |
| **Czy Pan/Pani samodzielnie weryfikuje źródła informacji dot. zatrudnienia, uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowych, zakładów aktywności zawodowych, klubach integracyjnych itp.?** |
| **Tak** |  |
| **Nie**  |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |
| --- |
| **Czy Pan/Pani samodzielnie gospodaruje pieniędzmi?** |
| **Tak** |  |
| **Nie**  |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |
| --- |
| **Czy Pan/Pani korzysta z materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych? Jeśli tak to jakie?** |
| **Tak** |  |
| **Jakie? (proszę wymienić)** |  |
| **Nie**  |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |
| --- |
| **Czy Pan/Pani wymaga wykonywania zabiegów zgodnych z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii. Jeśli tak, to jakie?**  |
| **Tak** |  |
| **Jakie? (proszę wymienić)** |  |
| **Nie**  |  |
| **Częściowo**  |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

1. **SPECJALNE POTRZEBY ZGŁASZANE PRZEZ OSOBY KANDYDUJĄCE**

Zapewniamy dostępność do projektu dla wszystkich osób spełniających kryteria udziału w projekcie, niezależnie od niepełnosprawności**. Jeżeli zakwalifikują się Państwo do projektu, to otrzymają Państwo wsparcie dostosowane do Państwa potrzeb. Proszę wskazać, czy jest coś jeszcze, co możemy zrobić, aby mógł/mogła Pan/Pani w pełni skorzystać z projektu.**

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

Szczególne potrzeby można zgłaszać również telefonicznie oraz mailowo, a także na bieżąco w trakcie trwania udziału w projekcie na każdym jego etapie.

1. **OŚWIADCZENIA**
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się treścią Regulaminu projektu nr FEDS.07.07-IP.02-0060/23-00, pt. „ZOBACZ WE MNIE CZŁOWIEKA – Wałbrzyskie Centrum Integracji Osób z Niepełnosprawnościami – opieka mobilna i stacjonarna dla mieszkańców Wałbrzycha i powiatu wałbrzyskiego” wraz z załącznikami oraz w pełni akceptuję wszystkie jego postanowienia.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną DWUP - Instytucji Pośredniczącej Funduszami Europejskimi dla Dolnego Śląska 2021-2027 (stanowiącą załącznik nr 2 do Regulaminu) oraz Klauzulą Informacyjną RODO wobec Beneficjenta (stanowiącą załącznik nr 3 do Regulaminu) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach w nich wskazanych.
4. Oświadczam, że zgodnie z wymogami ujętymi w Regulaminie rekrutacji uczestników w zakresie wsparcia „Opieka mobilna + wsparcie środowiskowe” w projekcie nr FEDS.07.07-IP.02-0060/23-00, pt. „ZOBACZ WE MNIE CZŁOWIEKA – Wałbrzyskie Centrum Integracji Osób z Niepełnosprawnościami – opieka mobilna i stacjonarna dla mieszkańców Wałbrzycha i powiatu wałbrzyskiego” jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.
5. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

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

*Miejscowość, data podpis\**

*\* W przypadku kandydatury osoby nieposiadających zdolności do czynności prawnych, posiadających ograniczoną zdolność do czynności prawnych lub osoby, której stan zdrowia nie pozwala na samodzielne i/lub świadome podpisanie formularza, formularz może zostać podpisany przez rodzica osoby niepełnoletniej, opiekuna prawnego lub inną osobę upoważnioną do składania oświadczeń woli w imieniu kandydata do projektu (np. pełnomocnik).*

**CZĘŚĆ B. DEKLARACJA UCZESTNICTWA**

**Projekt nr FEDS.07.07-IP.02-0060/23-00 pt. „ZOBACZ WE MNIE CZŁOWIEKA – Wałbrzyskie Centrum Integracji Osób z Niepełnosprawnościami – opieka mobilna i stacjonarna dla mieszkańców Wałbrzycha i powiatu wałbrzyskiego”**

Niniejszym oświadczam, iż:

1. dobrowolnie przystępuję do projektu nr FEDS.07.07-IP.02-0060/23-00, pt. „ZOBACZ WE MNIE CZŁOWIEKA – Wałbrzyskie Centrum Integracji Osób z Niepełnosprawnościami – opieka mobilna i stacjonarna dla mieszkańców Wałbrzycha i powiatu wałbrzyskiego” (zwanym dalej „Projektem”);
2. zapoznałem się z Regulaminem uczestnictwa wraz z załącznikami i akceptuje wszystkie warunki w nim zawarte;
3. spełniam wszystkie kryteria dostępu zawarte w Regulaminie projektu*,* tj. w szczególności
	1. zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie m. Wałbrzycha, powiatu wałbrzyskiego
	2. jestem (*właściwe zaznaczyć*)
		* osobą z niepełnosprawnościami potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
4. zobowiązuję się do:
	1. uczestnictwa w proponowanym przez Lidera i Partnerów wsparciu w ramach projektu,
	2. wypełniania dokumentów związanych z realizacją działań projektowych oraz ewentualnych ankiet niezbędnych w procesie monitorowania Projektu,
	3. udzielenia informacji o mojej sytuacji po opuszczeniu Projektu,
	4. bieżącego informowania o wszystkich zmianach, które mogą mieć wpływ na udział w Projekcie, w tym także bieżącej aktualizacji danych kontaktowych,
	5. przestrzegania Regulaminu uczestnictwa wraz z załącznikami.
5. Zostałem/łam poinformowany/na, iż uczestniczę w projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027; Priorytet 7 Fundusze Europejskie na rzecz rynku pracy i włączenia społecznego na Dolnym Śląsku, Działanie 7.7 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………  | ………………………………………...………………………………………..……………… |
| *Miejscowość, data* | *Podpis uczestnika lub opiekuna prawnego działającego w imieniu uczestnika projektu* |
|  |  |

Załączniki do Deklaracji Uczestnictwa:

**Załącznik nr 1**– Informacje na potrzeby monitorowania i oświadczenia uczestnika projektu

**Załącznik nr 2** – Oświadczenie w zakresie danych osobowych