**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

**rekrutacji uczestników w zakresie wsparcia**

**Zadanie 7: „Usługi uzupełniające: wypożyczalnia sprzętu, transport, dowóz posiłków”**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**Zadanie 7: Projekt nr FEDS.07.07-IP.02-0060/23 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 KANDYDUJĄCEJ**

**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** | |

**Kryterium niskiego dochodu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dochód do 2.000,00 zł – 15 pkt. | * Tak | * Nie |
| Dochód powyżej 2.000,00 zł do 2.500,00 zł - 10 pkt. | * Tak | * Nie |
| Dochód powyżej 2.500,00 zł do 3.000,00 zł - 5 pkt. | * Tak | * Nie |
| Dochód powyżej 3.000,00 zł - 0 pkt. | * Tak | * Nie |
| **Razem punkty** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ punktów** | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Potrzebuję wsparcia w zakresie:** | |
|  | **Wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego** wraz z jego dowozem do miejsca zamieszkania.  Proszę wybrać sprzęt zalecony stosownie do potrzeb wynikający z niepełnosprawności, rodzaju schorzeń:   * Łóżko rehabilitacyjne sterowane elektrycznie wraz z materacami * Podnośnik transportowo-kąpielowy * Wózek inwalidzki * Wózek sanitarny toaletowo-prysznicowy * Balkonik(chodzik, podpórka) trzyfunkcyjna z nóżkami i kółkami * Podpórka ułatwiająca chodzenie typu ambona * Rama asekuracyjna do sedesu z czterema nogami * Kule łokciowe ortopedyczne * Trójnogi z uchwytem kuli łokciowej * Materac zmiennociśnieniowy * Koncentrator tlenu * Schodołaz gąsienicowy * Rampa teleskopowa * Rotor do ćwiczeń nóg i rąk |
|  | **Usługi transportu indywidualnego**   * przewóz do miejsca pracy * przewóz do ośrodka wsparcia * dowóz podopiecznych do Domu Opieki Dziennej * dowóz do miejsca świadczenia specjalistycznych usług rehabilitacyjnych * dowóz na zajęcia kulturalne w mieście/okolicy * dowóz mieszkańców mieszkań wspomaganych na zajęcia * dowóz do lekarza * dowóz do urzędu * inne (jakie?) ………………………………………………….………………………………………..….. |
|  | **Usługi w zakresie zakupu i dowożenia posiłków (usługi cateringowe)** |

**Formularz weryfikacji sytuacji osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:**

1. **Wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy Pan/Pani samodzielnie przemieszcza się po domu?** | |
| **Tak** |  |
| **Nie** |  |
| **Częściowo** |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy Pan/Pani samodzielnie przemieszcza się poza domem, środkami komunikacji publicznej, własnym środkiem transportu?** | |
| **Tak** |  |
| **Nie** |  |
| **Częściowo** |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy Pan/Pani ma zalecenia do prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego?** | |
| **Tak** |  |
| **Nie** |  |
| **Częściowo** |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

1. **Usługi transportu indywidualnego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy Pan/Pani samodzielnie przemieszcza się poza domem, środkami komunikacji publicznej, własnym środkiem transportu?** | |
| **Tak** |  |
| **Nie** |  |
| **Częściowo** |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

1. **Usługi w zakresie zakupu i dowożenia posiłków (usługi cateringowe)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy Pan/Pani robi samodzielnie zakupy artykułów spożywczych?** | |
| **Tak** |  |
| **Nie** |  |
| **Częściowo** |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy Pan/Pani samodzielnie przygotowuje sobie posiłki?** | |
| **Tak** |  |
| **Nie** |  |
| **Częściowo** |  |
| **Potrzebuję pomocy w**: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy Pan/Pani posiada zalecenia dietetyczne, wskazania w zakresie sposobu żywienia od lekarza lub dietetyka, czy są one związane z rodzajem schorzenia?** | |
| **Tak** |  |
| **Jeśli tak, to jakie?** |  |
| **Nie** |  |

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.

**VI. OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się treścią Regulaminu rekrutacji uczestników projektu nr FEDS.07.07-IP.02-0060/23, 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.
2. 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.
3. Oświadczam, że zgodnie z wymogami ujętymi w Regulaminie rekrutacji uczestników w zakresie wsparcia „Usługi uzupełniające: wypożyczalnia sprzętu, transport, dowóz posiłków” w projekcie nr FEDS.07.07-IP.02-0060/23, 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.
4. 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 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 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, 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 rekrutacji uczestników wraz z załącznikami i akceptuje wszystkie warunki w nim zawarte;
3. spełniam wszystkie kryteria dostępu zawarte w Regulaminie rekrutacji uczestników*,* tj. w szczególności
   1. zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie m. Wałbrzycha, powiatu wałbrzyskiego
   2. jestem osobą z niepełnosprawnościami potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,

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 rekrutacji uczestników wraz z załącznikami.

1. 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