

„Zaopiekowani – systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin”  
projekt nr RPZP.07.06.00-32-K051/19

Załącznik nr 12 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Zaopiekowani – systemowe wspieranie potencjału opiekuńczego rodzin”

<i>Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie</i>	
<b>Nr identyfikacyjny zgłoszenia:</b>	<b>Data wpływu:</b>

**WNIOSEK OPIEKUNA FAKTYCZNEGO O OBJĘCIE WSPARCIEM  
w ramach projektu „Zaopiekowani - systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin”**

**Zadanie 10 - Wsparcie doradcze dla opiekunów faktycznych osób niesamodzielnych z powodu przewlekłych chorób somatycznych z terenu Szczecina, Polic i powiatu polickiego.**

*W miejscu  należy zaznaczyć właściwą odpowiedź „krzyżykiem” X*

**I. DANE PERSONALNE KANDYDATA/KANDYDATKI (OPIEKUNA FAKTYCZNEGO) 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: <sup>1</sup>											
Ulica:											
Nr domu:						Nr lokalu:					
Miejscowość:						Kod pocztowy:					
Gmina:						Powiat:					
Województwo:											
Telefon:						Adres e-mail:					

**II. KRYTERIUM FORMALNE**

**Oświadczam**, że jestem opiekunem faktycznym<sup>2</sup> osoby niesamodzielnej z powodu przewlekłej choroby somatycznej<sup>3</sup>

- Tak  
 Nie

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Opiekun faktyczny – osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny.

<sup>3</sup> Osoba niesamodzielną z powodu przewlekłej choroby somatycznej – oznacza to osobę, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność, które spowodowane są przewlekłą chorobą somatyczną, wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego;



„Zaopiekowani – systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin”  
projekt nr RPZP.07.06.00-32-K051/19

**Powód/przyczyna niesamodzielnosci:<sup>4</sup>**

.....

.....

### III. KRYTERIUM MERYTORYCZNE

**Niepełnosprawność (dotyczy opiekuna faktycznego osoby niesamodzielnej)**

<b>Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności<sup>5</sup></b>		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <sup>6</sup>
<b>Wypełnić jedynie w przypadku posiadania orzeczenia o niepełnosprawności</b>	<b>Stopień niepełnosprawności</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki
	<b>Jeśli posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności, to czy są jakieś konieczne usprawnienia, które należy wprowadzić, aby umożliwić Panu/Pani udział w projekcie?</b>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

### IV. ZAKRES WSPARCIA

**Preferowany (oczekiwany) przeze mnie zakres wsparcia:<sup>7</sup>**

- doradztwo w zakresie pielęgnacji osoby niesamodzielnej
- doradztwo w zakresie rehabilitacji osoby niesamodzielnej
- doradztwo w zakresie żywienia osoby niesamodzielnej
- doradztwo psychologiczne

**V. Wnioskuje o zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, której jestem opiekunem faktycznym w czasie mojego uczestnictwa w doradztwie.**

- Tak
- Nie

### VI. OŚWIADCZENIE

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

<sup>4</sup> Niesamodzielnosc może być skutkiem m.in.: choroby przewlekłej, urazu powodującego upośledzenie funkcji ciała, podeszłego wieku.

<sup>5</sup> W rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

<sup>6</sup> Odmawiam podania informacji mając świadomość, że moja odmowa wiąże się z brakiem możliwości przyznawania punktów w procesie oceny merytorycznej w związku z posiadaniem orzeczenia o niepełnosprawności.

<sup>7</sup> Można zaznaczyć „X” krzyżykiem więcej niż jedną opcję.

„Zaopiekowani – systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin”  
projekt nr RPZP.07.06.00-32-K051/19

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;
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 im. Piotra Karlińskiego, ul. Ks. Kardynała S. Wyszyńskiego 9/U2, 70-200 Szczecin do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji do projektu zgodnie z Instrukcją związaną z przetwarzaniem danych osobowych kandydatów do projektu, stanowiącą zał. 7 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie. Dane są niezbędne do realizacji RPO WZ 2014-2020;
6. **Oświadczam, że:**
  - przynależę**
  - nie przynależę**

do grupy osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym<sup>8</sup> w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa

<sup>8</sup> Grupy osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:

- 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;
- b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, tj.:
  - bezdomni realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
  - uzależnieni od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego,
  - uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej,
  - chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,
  - długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
  - zwalniani z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
  - uchodźcy realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
  - osoby niepełnosprawne, 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.
- c) osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;



„Zaopiekowani – systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin”  
projekt nr RPZP.07.06.00-32-K051/19

z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020;

7. **Oświadczam**, że znam możliwy zakres usług doradczych w projekcie. Jednocześnie wyrażam zgodę na zaprojektowanie i zaproponowanie mi indywidualnej ścieżki wsparcia w tym zakresie - przez Fundację Pomocy Chorym na Zanik Mięśni.

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis opiekuna faktycznego

- 
- d) członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;
  - e) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
  - f) osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.