



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

Załącznik nr 4 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Zaopiekowani – systemowe wspieranie potencjału opiekuńczego rodzin”

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO¹

Oświadczanie wypełnia opiekun faktyczny osoby z niepełnosprawnością (czyli jedna osoba, na której spoczywa główny ciężar sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością; osobą taką może być także opiekun prawny)

Oświadczam, że ja (*imię i nazwisko*) jestem opiekunem faktycznym wskazanej we Wniosku o objęcie wsparciem osoby z niepełnosprawnością, **na którym spoczywa główny ciężar sprawowania opieki nad tą osobą z niepełnosprawnością.**

1. Dochód opiekuna faktycznego²

- 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 domowe³, które ze mną stanowi osób, 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

2. Niepełnosprawność

Posiadam orzeczoną niepełnosprawność ⁴ :		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji ⁵
Wypełnić jedynie w przypadku stwierdzonej niepełnosprawności	Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki

¹ Wypełnia opiekun faktyczny i/lub opiekun prawny sprawujący faktyczną opiekę nad osobą z niepełnosprawnością.

² Oznacza dochód zgodny z definicją zawartą w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa do projektu.

³ Rozumiane jako osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące.

⁴ W rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

⁵ Odmawiam podania informacji mając świadomość, że moja odmowa wiąże się z brakiem możliwości przyznawania punktów w procesie oceny merytorycznej w związku z posiadaniem orzeczeniem o niepełnosprawności.



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

3. Status na rynku pracy

Oświadczam, że jestem osobą:

- pracującą lub przebywającą na rencie z tytułu niezdolności do pracy
- niepracującą

4. Miejsce zamieszkania opiekuna faktycznego ON

Oświadczam, że zamieszkuję wspólnie/ oddzielnie z ON*

5. Wiek

Oświadczam, że na dzień składania Wniosku o objęcie wsparciem mam ukończone lat (wskazać liczbę).

6. Oświadczam, że sprawuję samodzielnie / wspólnie z innym opiekunem faktycznym* opiekę faktyczną nad osobą z niepełnosprawnością.

7. Oświadczenie

*Pouczona/y o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą zgodnie z art. 286 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1950, 2128), „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.*

*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 rekrutacją w ramach projektu „Zaopiekowani – systemowe wzmacnianie potencjału opiekuńczego rodzin”.*

Miejscowość....., dnia

.....

Czytelny podpis opiekuna faktycznego

- Niepotrzebne skreślić