



Zaopiekowani – systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin

Załącznik nr 3 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Zaopiekowani – systemowe wspieranie potencjału opiekuńczego rodzin”

Wypełnia osoba przyjmująca wniosek	
Nr identyfikacyjny wniosku:	Data wpływu:

**WNIOSEK OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ O OBJĘCIĘ WSPARCIEM  
w ramach projektu „Zaopiekowani - systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin”**

**Zadanie 7– Wsparcie opiekunów faktycznych osób z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym i znacznym – opieka wytchnieniowa**

W miejscu  należy zaznaczyć właściwą odpowiedź „krzyżykiem” X

**I. DANE PERSONALNE KANDYDATA/KANDYDATKI (OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ) 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:											
Numer telefonu:						Adres e-mail:					

**II. KRYTERIUM FORMALNE**

**Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością<sup>2</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> Osoba z niepełnosprawnością - oznacza osobę w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm) a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882 z późn. zm.) tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.



### III. KRYTERIA MERYTORYCZNE

#### 1. Niepełnosprawność

Posiadam orzeczoną niepełnosprawność <sup>3</sup> :	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki

#### 2. Kryterium dochodowe osoby z niepełnosprawnością<sup>4</sup>

- Oświadczam, że prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe i mój dochód **nie przekracza/przekracza**<sup>5</sup> 150 % kryterium dochodowego zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, czyli kwoty 1051,50 zł.
- Oświadczam, że prowadzę wspólne gospodarstwo domowe, które łącznie ze mną stanowi ..... osób, a dochód w mojej rodzinie rozumianej jako osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące **nie przekracza/przekracza**<sup>6</sup> 150% kryterium dochodowego dla osoby w rodzinie, czyli kwoty 792,00 zł.

#### 3. Dochód osoby niesamodzielnej przekraczającej 150% kryterium dochodowego:<sup>7</sup>

- 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 domowe<sup>8</sup>, 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

#### 4. Oświadczam, że korzystam z usług opiekuńczych ośrodka pomocy społecznej<sup>9</sup>:

- Tak
- Nie

<sup>3</sup> W rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

<sup>4</sup> Oznacza dochód zgodny z definicją zawartą w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa do projektu.

<sup>5</sup> Niewłaściwe skreślić.

<sup>6</sup> Niewłaściwe skreślić.

<sup>7</sup> Wypełnić w przypadku, gdy dochód osoby z niepełnosprawnością jest powyżej 150% kryterium dochodowego.

<sup>8</sup> Rozumiane jako osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące.

<sup>9</sup> Instytucja samorządowa świadcząca pomoc społeczną, działająca w każdej gminie (w gminie miejskiej jest to miejski ośrodek pomocy społecznej, zaś w gminie wiejskiej to gminny ośrodek pomocy społecznej).



Zaopiekowani – systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin

---

**5. Oświadczam, że:**

- opiekuje się mną opiekun/opiekunowie faktyczni: opiekę nade mną sprawuje ..... opiekunów faktycznych<sup>10</sup> (należy wskazać liczbę osób)
- nie opiekuje się mną żaden opiekun faktyczny

**6. Inne ważne okoliczności faktyczne**

Proszę wskazać inne indywidualne okoliczności życiowe/materialne mające wpływ na potrzebę przyznania usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej dla osoby z niepełnosprawnością (np.: czy osobą z niepełnosprawnością opiekują się inni opiekunowie faktyczni/prawni w tym częstotliwość sprawowania opieki, ograniczenia wynikające z sytuacji zdrowotnej, inne bariery):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**IV. OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU**

1. Poczona/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 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;

---

<sup>10</sup> Osoba pełnoletnia, opiekująca się osobą z niepełnosprawnością, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą z niepełnosprawnością, najczęściej członek rodziny.



Zaopiekowani – systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin

---

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 do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji do projektu, zgodnie z Informacją związaną z przetwarzaniem danych osobowych kandydatów do projektu stanowiącą zał. 7 do Regulaminu rekrutacji uczestnictwa w projekcie. Dane są niezbędne do realizacji RPO WZ 2014-2020. Ponadto wyrażam zgodę, aby moje dane kontaktowe (numer telefonu i/lub e-mail) zostały przekazane potencjalnemu asystentowi osobistemu osoby niepełnosprawnej w celu umożliwienia mi kontaktu z nim, aby móc zweryfikować czy akceptuję tę osobę jako mojego opiekuna.

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis osoby z niepełnosprawnością/  
opiekuna prawnego/opiekuna faktycznego<sup>11</sup>

### OŚWIADCZENIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO<sup>12</sup>

Oświadczam, że jestem opiekunem faktycznym wskazanej we Wniosku o objęcie wsparciem osoby z niepełnosprawnością. Stan zdrowia tej osoby nie pozwala na świadome złożenie podpisu, a nie ma ona opiekuna prawnego.

Znane mi są okoliczności, w ramach których składany jest Wniosek o objęcie wsparciem.

Niniejszym oświadczam, że podane we Wniosku o objęcie wsparciem informacje są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y 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.).

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis opiekuna faktycznego

---

<sup>11</sup> Niewłaściwe skreślić.

Dopuszcza się podpisanie dokumentu przez opiekuna faktycznego osoby z niepełnosprawnością, jeżeli stan zdrowia tej osoby nie pozwala na świadome złożenie podpisu, a nie ma ona opiekuna prawnego.

<sup>12</sup> Wypełnić w przypadku, gdy Wniosek podpisuje opiekun faktyczny.