**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTUI DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCE**

**„Dzienny Dom Opieki Medyczne w Ostrołęce”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **dane uczestnika:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko: | | | Imię: | | | | | | PESEL: | | | | | | | Data urodzenia: | | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| Miejsce urodzenia: | | | Telefon: | | | e-mail: | | | | | | | Płeć: | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | | | * Kobieta | | | | | | * Mężczyzna | |
| **Adres zamieszkania[[1]](#endnote-1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość: | | Ulica: | | | | | | Nr domu: | | | Nr lokalu: | | | Kod pocztowy: | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | |
| Gmina: | Powiat: | | | | Województwo: | | | | | | | Obszar: | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | * Miejski[[2]](#endnote-2) | | | | | | * Wiejski[[3]](#endnote-3) | | |
| Wykształcenie | | | | | | | | | | Wiek powyżej 65 roku życia | | | | | | | | | | |
| * Niższe nie podstawowe * Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły i podstawowej) * Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) * Ponadgimnazjalne (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe) * Pomaturalne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) * Wyższe (pełne i zakończone wykształcenie na poziomie wyższym) | | | | | | | | | | * Tak | | | | | * Nie | | | | | |
| Status osoby na rynku pracy[[4]](#endnote-4) | | | | | | | | | | |
| * emeryt/rencista * zatrudniony * bezrobotny * inne (jakie? …………………………….. | | | | | | | | | | |
| Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej[[5]](#endnote-5) lub etnicznej[[6]](#endnote-6), imigrant, osoba obcego pochodzenia[[7]](#endnote-7) | | | | | | | | | | | | | | | | | * Tak | | | * Nie |
| Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | | | | | | | | | | | | | | | * Tak | | | * Nie |
| Jestem osobą z niepełnosprawnościami | | | | | | | | | | | | | | | | | * Tak | | | * Nie |
| Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących,  w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | | | | | | | | | | | | | | | | | * Tak | | | * Nie |
| * Tak | | | * Nie |
| Jestem osobą żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu[[8]](#endnote-8) | | | | | | | | | | | | | | | | | * Tak | | | * Nie |
| Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | | | | | | | | | | | | | | | | | * Tak | | | * Nie |
| Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym[[9]](#endnote-9) | | | | | | | | | | | | | | | | | * Tak | | | * Nie |
| Mieszkam w województwie mazowieckim na terenie powiatu ostrołęckiego, przasnyskiego, makowskiego, wyszkowskiego, ostrowskiego lub miasta Ostrołęki[[10]](#endnote-10) | | | | | | | | | | | | | | | | | * Tak | | | * Nie |
| Mieszkam na terenie miasta Ostrołęki, Ostrowi Mazowieckiej, Przasnysza lub Wyszkowa[[11]](#endnote-11) | | | | | | | | | | | | | | | | | * Tak | | | * Nie |
| Nie korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych | | | | | | | | | | | | | | | | | * Tak | | | * Nie |
| Nie jestem osobą, w przypadku której podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (nie korzystam ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień) | | | | | | | | | | | | | | | | | * Tak | | | * Nie |
| Oświadczam, że zapoznałam/em się z warunkami i zasadami udziału w projekcie zawartymi w regulaminie rekrutacji i jednocześnie akceptuję wszystkie warunki regulaminu. | | | | | | | | | | | | | | | | | * Tak | | | * Nie |
| Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego. | | | | | | | | | | | | | | | | | * Tak | | | * Nie |
| Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o możliwości odmowy podawania danych wrażliwych | | | | | | | | | | | | | | | | | * Tak | | | * Nie |
| Uprzedzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane przeze mnie w dokumentach zgłoszeniowych do udziału w projekcie są zgodne z prawdą. | | | | | | | | | | | | | | | | | * Tak | | | * Nie |
|  | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| *Miejscowość i data* | | | |  | | | *Czytelny podpis osoby wypełniającej formularz* | | | | | | | | | | | | | |

**Wypełnia Spółdzielnia Socjalna VALIDUS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Osoba z niepełnosprawnością w stopniu  *(jeśli dotyczy, weryfikacja na podstawie orzeczenia)* | * lekkim | * umiarkowanym | * znacznym | | * niepełnosprawność Intelektualna * zaburzenia psychiczne * niepełnosprawność sprzężona | | |
| Osoba po bezpośrednio przebytej hospitalizacji wymagający dalszej opieki medycznej lecz już nie w warunkach szpitalnych lub pacjent, u którego występuje zagrożenie hospitalizacją w najbliższym czasie lub pacjent, który był poddany hospitalizacji w okresie nie przekraczającym 12 miesięcy od momentu przyjęcia do projektu  *Weryfikacja na podstawie: skierowanie do DDOM, karta informacyjna ze szpitala* | | | | | | * Tak | * Nie |
| Osoba, której stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagaj całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym.  *karta Weryfikacja na podstawie: skierowanie do DDOM , skala Barthel,* | | | | | | * Tak | * Nie |
| Data otrzymania dokumentu | | | |  | | | |

………………………………………..…………………………………….

*Czytelny podpis osoby przyjmującej formularz*

1. Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. [↑](#endnote-ref-1)
2. Obszar miejski – obszar położony w granicach administracyjnych miast. [↑](#endnote-ref-2)
3. Obszar wiejski – obszar położony poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy wiejsko-miejskiej [↑](#endnote-ref-3)
4. Na dzień podpisania formularza [↑](#endnote-ref-4)
5. Zgodnie z prawem krajowym za mniejszości narodowe uznaje się mniejszość: białoruską, czeską, litewską, niemiecką, ormiańską, rosyjską, słowacką, ukraińską, żydowską. [↑](#endnote-ref-5)
6. Za mniejszości etniczne uznaje się mniejszości: karaimską, łemkowską, romską, tatarską. [↑](#endnote-ref-6)
7. Cudzoziemiec – to każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa (…) lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski [↑](#endnote-ref-7)
8. Dzieci pozostające na utrzymaniu - to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są bierne zawodowo oraz mieszkają z rodzicem. Wiek dzieci liczony jest od daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału uczestnika w projekcie. [↑](#endnote-ref-8)
9. Zgodnie ze Szczegółowym Opisem Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014 – 2020 osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym to:

   * 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;
   * osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
   * osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
   * osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969);
   * osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, z późn.zm.);
   * osoby z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882, z późn. zm.).
   * 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;
   * osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
   * osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
   * osoby odbywające kary pozbawienia wolności;
   * osoby korzystające z PO PŻ.

   [↑](#endnote-ref-9)
10. Obszar realizacji projektu [↑](#endnote-ref-10)
11. miasta średnie, lub miasta średnie tracące funkcje społeczno – gospodarcze na obszarze realizacji projektu [↑](#endnote-ref-11)