

Zał. nr 1 do Ogłoszenia o naborze do programu świadczeń  
a) usług opiekuńczych,  
b) specjalistycznych usług opiekuńczych,  
c) usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej,  
d) usług asystenta osobistego osoby chorej psychicznie

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROGRAMU ŚWIADCZEŃ:

- a) usług opiekuńczych
- b) specjalistycznych usług opiekuńczych
- c) usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej
- d) usług asystenta osobistego osoby chorującej psychicznie

<b>Tytuł projektu grantowego</b>	"Opracowanie i pilotażowe wdrożenie mechanizmów i planów deinstytucjonalizacji usług społecznych". Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.
Numer umowy	9/2022 z dnia 12.10.2022 r.
Oś priorytetowa, w ramach której jest realizowany projekt	Oś priorytetowa II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji.
Działanie w ramach którego jest realizowany projekt	Działanie 2.8. Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym

<b>DANE KANDYDATA/TKI</b>			
<b>Imię (Imiona)</b>		<b>Nazwisko</b>	
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> kobieta		<input type="checkbox"/> mężczyzna
<b>Data urodzenia</b>			
<b>DANE KONTAKTOWE</b> (adres zamieszkania według Kodeksu Cywilnego)			
<b>Ulica</b>		<b>Miejscowość</b>	
<b>Numer domu</b>		<b>Numer lokalu</b>	

<b>Kod pocztowy</b>		<b>Gmina</b>	
<b>Dzielnica</b>		<b>Województwo</b>	
<b>Adres e-mail</b>		<b>Telefon kontaktowy</b>	
<b>STATUS KANDYDATA/TKI</b>			
<b>I. Kryteria formalne:</b>			
Oświadczam, że:			
1. Jestem osobą wykluczoną lub narażaną na wykluczenie społeczne z powodu wieku, lub niepełnosprawności, lub zaburzeń psychicznych		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
2. Mieszkam na terenie Miasta Lublin		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<b>II Kryteria merytoryczne:</b>			
Oświadczam, że:			
1. Korzystam z całodobowej opieki instytucjonalnej lub znajduję się na liście oczekujących na miejsce w całodobowej instytucji, np. dom pomocy społecznej i deklaruję rezygnację z tej formy wsparcia		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
2. Jestem osobą mieszkającą samotnie		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam udzielenia informacji	
3. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym ( lub równoważne).		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam udzielenia informacji	



Program świadczenia	Proszę wstawić X przy jednym wybranym programie świadczenia
<p><b>Usługa opiekuńcza</b> – przeznaczona dla osób dorosłych, które z powodu wieku, choroby, niepełnosprawności lub innych przyczyn wymagają pomocy drugiej osoby, a z powodu samotności są jej pozbawieni lub rodzina nie może takiej pomocy zapewnić.</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p><b>Specjalistyczna usługa opiekuńcza</b> – przeznaczona dla osób dorosłych z niepełnosprawnością posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności wydane na podstawie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. ( Dz. U.2023.0.100 t. j.) albo orzeczenie równoważne, które wymagają pomocy innych osób. Usługi dostosowane zostaną do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności a wykonywane będą przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p><b>Usługa asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej</b> – przeznaczona dla osób dorosłych, posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności wydane na podstawie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r ( Dz. U.2023.0.100 t. j.) albo orzeczenie równoważne, które wymagają pomocy innych osób. Usługi dostosowane zostaną do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności a wykonywane będą przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>

**Usługa asystenta osobistego osoby chorującej psychicznie** – przeznaczona dla osób dorosłych, posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności wydane na podstawie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r ( Dz. U.2023.0.100 t. j.) albo orzeczenie równoważne, które wymagają pomocy innych osób. Usługi dostosowane zostaną do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności a wykonywane będą przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

tak  
 nie

#### OŚWIADCZENIA :

- Wyrażam świadomą zgodę na udział w projekcie grantowym "Opracowanie pilotażowe wdrożenie mechanizmów i planów deinstytucjonalizacji usług społecznych". Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020. Oś priorytetowa II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji. Działanie 2.8. Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku, zwanym dalej projektem.

Czytelny podpis kandydata/teki: .....

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszym formularzu w celu rekrutacji i realizacji projektu. Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 oraz zgodą na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie zbiorów, do niniejszego formularza.

Czytelny podpis kandydata/teki: .....



- 
3.  Zapoznałam/łem się z Regulaminem projektu grantowego "Opracowanie i pilotażowe wdrożenie mechanizmów i planów deinstytucjonalizacji usług społecznych". Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020. Oś priorytetowa II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji. Działanie 2.8. Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku, akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
4.  Zapoznałam/łem się z Ogłoszeniem o naborze do projektu świadczeń usług opiekuńczych,  
specjalistycznych usług opiekuńczych,  
usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej,  
usług asystenta osobistego osoby chorującej psychicznie,  
w szczególności ze szczegółowymi zasadami rekrutacji, akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
5. Do niniejszego formularza załączam:
- klauzulę informacyjną;
  - orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub równoważne – w przypadku posiadania
6. Przedstawione przeze mnie oświadczenia są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszego formularza. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

.....  
/Miejscowość i data/

.....  
/ Czytelny podpis kandydata/tki/