



Projekt dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach poddziałania 9.2.3 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

Załącznik nr 1 do regulaminu rekrutacji

Wolbrom, dnia

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Telefon.....

**Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy
Społecznej w Wolbromiu**

WNIOSEK

o przyjęcie do placówki wsparcia dziennego dla seniorów w Wolbromiu

Zwracam się z prośbą o przyjęcie do ***placówki wsparcia dziennego dla seniorów w Wolbromiu.***

.....



Projekt dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach poddziałania 9.2.3 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

Załącznik nr 2 do regulaminu rekrutacji

DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres zamieszkania – c.d.

.....
Nr PESEL

.....
dane kontaktowe (tel.; e-mail)

Deklaruję przystąpienie do udziału w projekcie „Utworzenie placówki wsparcia dziennego dla seniorów z Gminy Wolbrom”, realizowanym przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Wolbromiu, w okresie oddo Oświadczam, że zapoznałem/łam się z **Regulaminem** uczestnictwa w Projekcie i jestem świadoma/my, że mój udział w Projekcie jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach 9 Osi Priorytetowej Region Spójny Społecznie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego Na Lata 2014-2020 Działanie 9.2 Usługi Społeczne i Zdrowotne Poddziałanie 9.2.3 Oświadczam, że spełniam kryteria rekrutacyjne projektu „Utworzenie placówki wsparcia dziennego dla seniorów z Gminy Wolbrom”. Wyrażam zgodę na udział w badaniu ankietowym, które odbędzie się w ramach Projektu.

Będę dobrowolnie i systematycznie uczestniczył/ła w działaniach realizowanych w ramach Projektu.

Niniejszym oświadczam, że w/w dane są zgodne z prawdą.

Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań

.....
data i czytelny podpis Uczestnika Projektu

.....
data i czytelny podpis opiekuna prawnego



Projekt dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach poddziałania 9.2.3 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

Załącznik nr 3 do regulaminu rekrutacji

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Oświadczam, iż:

- Nie otrzymuję wsparcia w żadnym innym projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Zostałem/Zostałam poinformowany/poinformowana, iż wsparcie, które otrzymuje w ramach projektu realizowanego przez MOPS Wolbrom jest finansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach 9 Osi Priorytetowej Region Spójny Społecznie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego Na Lata 2014-2020 Działanie 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne poddziałanie 9.2.3
- Będę dobrowolnie i systematycznie uczestniczył/ła w działaniach realizowanych w ramach projektu.

Niniejszym oświadczam, że w/w dane są zgodne z prawdą .

Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań

.....
Data i podpis



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Projekt dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach poddziałania 9.2.3 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

Załącznik nr 4 do regulaminu rekrutacji

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

OSWIADCZAM, że Jazam.....
posiadam następujący status na rynku pracy:

- Osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP
- Osoba bezrobotna niezarejestrowana w PUP
- Osoba bierna zawodowo
- Osoba pracująca w

Niniejszym oświadczam, że w/w dane są zgodne z prawdą .

Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań

.....
Data podpis



Projekt dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach poddziałania 9.2.3 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

Załącznik nr 5 do regulaminu rekrutacji

Zakres danych osobowych uczestnika projektu

1	Kraj	
2	Rodzaj uczestnika	
3	Nazwa instytucji	
4	Imię	
5	Nazwisko	
6	PESEL	
7	Płeć	
8	Wiek w chwili przystępowania do projektu	
9	Wykształcenie	
10	Województwo	
11	Powiat	
12	Gmina	
13	Miejscowość	
14	Ulica	
15	Nr budynku	
16	Nr lokalu	



1 7	Kod pocztowy	
1 8	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	
1 9	Telefon kontaktowy	
2 0	Adres e-mail	
2 1	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
2 2	Data zakończenia udziału w projekcie	
2 3	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	
2 4	Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia	
2 5	Wykonywany zawód	
2 6	Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia)	
2 7	Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	
2 8	Inne rezultaty dotyczące osób młodych (dotyczy IZM - Inicjatywy na rzecz Zatrudnienia Młodych)	
2 9	Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	
3 0	Rodzaj przyznanego wsparcia	
3 1	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu	
3 2	Data zakończenia udziału we wsparciu	
3 3	Data założenia działalności gospodarczej	



3 4	Kwota przyznanych środków na założenie działalności gospodarczej	
3 5	PKD założonej działalności gospodarczej	
3 6	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia*	
3 7	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań*	
3 8	Osoba z niepełnosprawnościami*	
3 9	specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności	
4 0	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)*	

Niniejszym oświadczam, że w/w dane są zgodne z prawdą . Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań

.....

Data i podpis Uczestnika Projektu



Projekt dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach poddziałania 9.2.3 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

Załącznik nr 6 do regulaminu rekrutacji

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

OSWIADCZAM, że jestem:

- a) Mieszkańcem Gminy Wolbrom
- b) Osobą wyrażającą chęć udziału w projekcie
- c) Osobą w wieku 60 lat i więcej

Niniejszym oświadczam, że w/w dane są zgodne z prawdą .

Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań

.....
Data i podpis Uczestnika Projektu

Niepotrzebne skreślić



Załącznik nr 7 do regulaminu rekrutacji

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn.nr
..... oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych
„Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa,
2. przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - 1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
 - 2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
 - 4) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;
3. moje dane osobowe w zakresie wskazanym w pkt. 1 oraz pkt. 2 będą przetwarzane



wyłącznie w celu realizacji projektu

....., w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjnopromocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WM);

4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej –
..... (nazwa i adres właściwej IP), beneficjentowi realizującemu projekt -
.....
(nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu -
.....
(nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego¹, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyty w ramach RPO WM;
5. moje dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji i rozliczenia projektu i zamknięcie i rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później²;
6. podanie danych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją odmowy ich podania jest brak możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
7. posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich: sprostowania, ograniczenia przetwarzania, zgodnie z art. 15, 16, 18 RODO;
8. mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
9. moje dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
10. moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane;

¹ Powierzający oznacza IZ RPO WM 2014 – 2020 lub minister właściwy do spraw rozwoju.

² Należy dostosować zapisy pod kątem danego typu projektu (m. in. decyduje tutaj kwestia pomocy publicznej, rozliczania VAT, mechanizmów odzyskiwania, archiwizacji itp.). ⁷ iodo@umwm.malopolska.pl



11. mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:

a) wyznaczonym przez ADO wskazanym w ust. 1, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [Inspektora Ochrony Danych Osobowych UMWM](#)⁷ lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych UMWM, Urząd Marszałkowski

Województwa Małopolskiego ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków;

b) wyznaczonym przez ADO wskazanym w ust. 2, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [Inspektora Ochrony Danych Osobowych MliR](#)³;

c) działającym w ramach Instytucji Pośredniczącej, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [Inspektora Danych Osobowych MCP](#)⁴ lub pisemnie na adres:

Inspektor Ochrony Danych MCP, Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości,
ul. Jasnogórska 11, 31-358 Kraków.

13. w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji⁵;

14. w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy⁶;

15. do trzech miesięcy po zakończonym udziale w projekcie dostarczę dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej (podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej)⁷.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA
PROJEKTU

³ <mailto:iod@miir.gov.pl>

⁴ dane_osobowe@mcp.malopolska.pl

⁵ Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy.

⁶ Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy.

⁷ Należy wykreślić, jeśli nie dotyczy.



Projekt dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach poddziałania 9.2.3 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

Załącznik nr 8 do regulaminu rekrutacji

Zaświadczenie lekarskie

Imię i nazwisko,
data urodzenia,
zamieszkały/a

1) Brak przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych sportowo – rekreacyjnych i aktywizujących w Ośrodku Wsparcia Dziennego w Wolbromiu
tak nie

2) Wystąpienie przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach Placówki Wsparcia Dziennego Dla Seniorów :

- ruchowych tak nie

- sportowo – rekreacyjnych tak nie

- aktywizujących tak nie

Uwagi lekarza:

.....
.....

*właściwe pole zaznaczyć znakiem „X”

.....
(pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenia)



Projekt dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach poddziałania 9.2.3 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

Załącznik nr 9 do regulaminu rekrutacji

ZAŚWIADCZENIE

Miejski Pomocy Społecznej w Wolbromiu zaświadcza, że Pan/Pani

..... zamieszkała/y

Jest osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zamieszkałą/niezamieszkałą* na obszarze zdegradowanym objętym rewitalizacją zgodnie z przyjętym Gminnym Programem Rewitalizacji Gminy na lata

* niepotrzebne skreślić

.....

Data i podpis

Projekt dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach poddziałania 9.2.3 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

Załącznik nr 10 do regulaminu rekrutacji

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO PALCÓWKI WSPARCIA DZIENNEGO DLA SENIORÓW W WOLBROMIU

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel²⁾

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność ³⁾	Wynik ⁴⁾
1.	Spożywanie posiłków: 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10-samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0-nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5-większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10-mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15-samodzielny	
3.	Utrzymywanie higieny osobistej: 0-potrzuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0-zależny 5-potrzuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała: 0-zależny 5-niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0-nie porusza się lub < 50 m 5-niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0-nie jest w stanie 5-potrzuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10- samodzielny	



8.	Ubieranie się i rozbieranie: 0 -zależny 5 -potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 -niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	Kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu: 0 -nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5 -czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 -panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego: 0 -nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 -czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 -panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji⁵⁾		

.....

 data, pieczęć, podpis lekarza

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga¹⁾ skierowania do Diennej Placówki Wsparcia Dla Seniorów W Wolbromiu.

.....

.....

 data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia

Niepotrzebne skreślić

- 1) Mahoney FI, Barthel D. "Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel." Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.
- 2) W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy
- 3) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości
- 4) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów



Projekt dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach poddziałania 9.2.3 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

Załącznik nr 11 do regulaminu rekrutacji

Zaświadczenie

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej zaświadcza, że Pan/Panizam. jest objęta wsparciem MOPS i podlega wykluczeniu społecznemu zgodnie z założeniami projektu „Utworzenie placówki wsparcia dziennego dla seniorów z Gminy Wolbrom” co najmniej z dwóch powodów wskazanych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej tj.:

- 1) ubóstwa;
- 2) sieroctwa;
- 3) bezdomności;
- 4) bezrobocia;
- 5) niepełnosprawności w tym stopniu lekkim
- 6) niepełnosprawności w tym stopniu umiarkowanym
- 7) niepełnosprawności w tym stopniu znacznym
- 9) osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną
- 10) osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi
- 11) długotrwałej lub ciężkiej choroby;
- 12) przemocy w rodzinie;
- 13) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;
- 14) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
- 15) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
- 16) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;
- 17) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
- 18) alkoholizmu lub narkomanii;
- 19) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
- 20) Inne (np. POPZ)

.....
.....
.....
.....
.....

Niniejszym oświadczam, że w/w dane są zgodne z prawdą .

Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań

.....
Data i podpis pracownika socjalnego



Projekt dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach poddziałania 9.2.3 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

Załącznik nr 12 do regulaminu rekrutacji

Poniższe pole wypełnia personel Projektu	
Wpływ Formularza zgłoszeniowego	
Data i godzina:	
Numer formularza:	
Podpis osoby przyjmującej formularz:	

FORMULARZ REKRUTACYJNY SENIOR

O ŚRODEK WSPARCIA	
Ubiegam się o udział w projekcie	<input type="checkbox"/> w Ośrodku Wsparcia dziennego dla seniorów w Wolbromiu

Część 1: (wypełnia kandydat/-ka na Uczestnika/-czkę projektu)

DANE PERSONALNE	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
Płeć	
Adres zamieszkania	Miejscowość:
	Kod pocztowy:
	Ulica:
	Numer domu: Numer lokalu:
Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
Adres e-mail (bądź wpisać nie posiadam)	
PESEL	
Tel. Kontaktowy	Stacjonarny:



	Komórkowy:	
Poziom wykształcenia	<input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

Część 2: (wypełnia kandydat/-ka na Uczestnika/-czkę projektu)

INFORMACJE DODATKOWE:		
KRYTERIA FORMALNE		
Rodzaj niepełnosprawności (symbol z orzeczenia o niepełnosprawności)		
Stopień niepełnosprawności ¹	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> inny (wynikający ze specyfiki organu orzekającego) proszę wpisać jaki	
INFORMACJE O SYTUACJI UCZESTNIKA:		
	TAK	NIE
Czy kandydat/-ka ma obniżoną sprawność fizyczną		
Czy kandydat/-ka ma trudności z samodzielnym przygotowaniem posiłków		
Czy kandydat/-ka ma trudności w dbaniu o higienę		

¹Na potwierdzenie należy dołączyć zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.



Czy kandydat/-ka ma trudności w robieniu zakupów		
Czy kandydat/-ka ma trudności w załatwianiu spraw w urzędach		
Czy stan zdrowia kandydata/-ki się pogarsza		
Czy sytuacja materialna kandydata/-ki się pogarsza		
Czy kandydat/-ka ma poczucie osamotnienia związane z utratą osób bliskich lub wynikające z rozluźnienia więzi rodzinnych, patologii życia rodzinnego, konfliktów, oddalenia w przestrzeni geograficznej lub społecznej?		
Czy u kandydata/-ki występują inne niekorzystne stany emocjonalne (frustracja, depresja, brak poczucia przydatności społecznej, brak poczucia perspektyw, lęk przed przyszłością), wynikające z braku akceptacji swojej trudnej sytuacji materialnej, rodzinnej, mieszkaniowej, zdrowotnej?		
Czy u kandydata/-ki występują trudności w organizacji czasu wolnego wynikające z braku umiejętności w tym zakresie lub braku możliwości jego wykorzystania według upodobań?		
Czy u kandydata/-ki występują wycofywanie się ze spraw innych ludzi i ograniczenie różnych życiowych planów co do własnej osoby?		



Czy kandydat/-ka ma problemy w relacjach z rodziną		
Czy kandydat/-ka korzystał/-a z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 ²		
Czy kandydat/-ka spełnia kryterium dochodowe ³		
Czy kandydat/-ka jest zagrożony/-a ubóstwem lub wykluczeniem społecznego rozumianym jako wykluczenie z powodu więcej niż 1 przesłanki, zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020 ⁴		
Czy kandydat/-ka jest zagrożony/-a ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych ⁵		

.....
(Miejscowość, data)

.....
Czytelny podpis kandydata/-ki na Uczestnika Projektu

² Na potwierdzenie należy dołączyć skierowanie do otrzymania pomocy żywnościowej w ramach POPŻ 2014-2020 lub zaświadczenie OPS o skierowaniu danej osoby do otrzymania ww. pomocy.

³ Dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą lub osobę w rodzinie, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej. Zgodnie z Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz.U. z 2018 r., poz.1358) przeciętny miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na osobę samotnie gospodarującą wynosi 701,00 zł. brutto dochód w rodzinie wynosi 528,00 zł. brutto. Na potwierdzenie spełnienia tego kryterium wymagane jest oświadczenie o dochodach (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą).

⁴ Na potwierdzenie należy dołączyć zaświadczenie OPS

⁵ Na potwierdzenie należy dołączyć zaświadczenie OPS



Część 3. (wypełnia kandydat/-ka na Uczestnika/-czkę projektu)

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/am się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Utworzenie placówki wsparcia dziennego dla seniorów z Gminy Wolbrom” i dobrowolnie wyrażam chęć na uczestnictwo w nim;
- Zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Utworzenie placówki wsparcia dziennego dla seniorów z Gminy Wolbrom” realizowany przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Wolbromiu jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020;
- Moje dane osobowe podane w formularzu rekrutacyjnym w związku z ubieganiem się o udział w projekcie są prawdziwe;
- Oświadczam, że przynależę do grupy docelowej projektu tj. zamieszkuję na terenie Gminy Wolbrom, oraz jestem osobą niesamodzielną i mam powyżej 60 lat.
- Oświadczam, także że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jednocześnie jestem świadomy/-a, że w przypadku gdyby okazało się, że informacje te są nieprawdziwe zostaną wykluczony/-a z uczestnictwa w ww. Projekcie oraz mogę być pociągnięty/-a do odpowiedzialności odszkodowawczej.

.....
Miejscowość, data

.....
*Czytelny podpis kandydata/-ki na uczestnika/-czkę projektu /
przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego*

Projekt dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach poddziałania 9.2.3 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

Załącznik nr 13 do regulaminu rekrutacji

Imię i nazwisko osoby badanej:

SKALA OCENY PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO ADL (SKALA KATZA)

Data badania [rrrr-mm-dd]:

Proszę zaznaczyć znakiem X właściwą charakterystykę stanu osoby badanej. Każdy znak X w kolumnie „TAK” oznacza 1 punkt.

Czynność	Opis	PACJENT SAMODZIELNY	
		TAK	NIE
Kąpanie się/ mycie się	Nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała gąbką, kąpiel w wannie/ prysznic		
Ubieranie się	Ubiera się bez żadnej pomocy, z wyjątkiem wiązania sznurówek		
Korzystanie z toalety	Idzie to toalety, korzysta z toalety, poprawia ubranie, wraca z toalety bez żadnej pomocy (może używać jako podpory laski lub chodzika albo też korzystać w nocy z basenu lub nocnika)		
Poruszanie się	Przemieszcza się z/do łózka lub na krzesło bez pomocy (może korzystać z laski lub chodzika)		
Kontrolowane wydalanie moczu i stolca	Całkowicie panuje nad zwieraczami (bez sporadycznych epizodów nietrzymania)		
Jedzenie	Odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem ewentualnego krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem)		

Wyniki (opis):

- 6 punktów – w pełni zachowane czynności
- 4 punkty – średniego stopnia upośledzenie
- 2 punkty – ciężkie upośledzenie czynnościowe

.....

Data i podpis pracownika socjalnego



**SKALA OCENY ZŁOŻONYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO IADL wypełnia
osoba badana lub opiekun**

Data badania [rrrr-mm-dd]:

Proszę wpisać przyznaną punktację przy każdym pytaniu wg następującej skali: 3 punkty – bez pomocy; 2 punkty – z niewielką pomocą; 1 punkt – zupełnie nie.

Pytanie	Punkty
Czy potrafisz korzystać z telefonu?	
Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru?	
Czy wychodzisz z domu po artykuły spożywcze?	
Czy możesz sam przygotować posiłki?	
Czy możesz sam wykonywać prace domowe (np. sprzątanie)?	
Czy możesz sam majsterkować lub dokonywać drobnych napraw w domu?	
Czy możesz sam wyprać swoje rzeczy?	
Czy sam przyjmujesz lub mógłbyś przyjmować leki?	
Czy możesz sam gospodarować pieniędzmi?	
RAZEM	

.....
Data i podpis UP