

Załącznik nr 2 do Regulaminu
przyjętego Zarządzeniem
Dyrektora MOPS nr 22/2024
z dnia 06 września 2024 roku

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

DO PROJEKTU W FORMIE WSPARCIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH

Zwiększenie dostępności usług opiekuńczych i asystenckich dla osób starszych w

Gminie Miasto Stargard "Bezpieczny senior w Stargardzie"

FEPZ.06.18-IP.01-0006/23

Należy wypełnić drukowanymi literami

| | | | |
|---|--|------------|--|
| Imię | | | |
| Nazwisko | | | |
| Miejsce zamieszkania | | | |
| województwo | | | |
| powiat | | gmina | |
| ulica | | | |
| nr domu | | nr lokalu | |
| kod pocztowy | | miejsowość | |
| Telefon kontaktowy własny lub do opiekuna prawnego | | | |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail) własnej lub opiekuna prawnego | | | |
| PESEL | | | |

| | |
|---|---|
| <p>Wykształcenie¹ Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu</p> | <p><input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)</p> <p><input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3)</p> <p><input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4)</p> <p><input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)</p> |
| <p>Sytuacja na rynku pracy Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu</p> | <p><input type="checkbox"/> bierna zawodowo, w tym:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba ucząca się/odbywająca kształcenie</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> inne</p> <p><input type="checkbox"/> pracująca (w tym prowadząca działalność na własny rachunek), w tym:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek oświaty)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP</p> <p><input type="checkbox"/> bezrobotna w tym:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> inne</p> |
| <p>Obywatelstwo Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu</p> | <p><input type="checkbox"/> polskie</p> <p><input type="checkbox"/> inne (proszę podać jakie)</p> |

¹ ISCED – Międzynarodowa Standardowa Klasyfikacja Kształcenia:

(ISCED 0-2) wskazują osoby, które zakończyły kształcenie na poziomie szkoły podstawowej lub gimnazjum;

(ISCED 3) wykazują osoby, które zakończyły kształcenie na poziomie szkoły średniej (zawodowa, technikum, liceum);

(ISCED 4) wykazują osoby, które zakończyły kształcenie na poziomie szkoły średniej i dodatkowo ukończyły np. studia licencjackie ale nie mają magistra);

(ISCED 5) osoby posiadające tytuł magistra lub wyższy stopień.

| | |
|---|--|
| <p>Informacja o niekorzystnej sytuacji społecznej</p> <p>Wypełnić jeżeli dotyczy</p> | |
| <p>Niepełnosprawność</p> <p>Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu</p> | <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> |
| <p>Rodzaj dysfunkcji</p> <p>Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu oraz wpisać rodzaj dysfunkcji w wymagane miejsca</p> | <p><input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu (proszę podać jaka):</p> <p><input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku (proszę podać jaka):</p> <p><input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu mowy lub słuchu (proszę podać jaka):</p> <p><input type="checkbox"/> zaburzenia psychiczne</p> <p><input type="checkbox"/> dysfunkcje o podłożu neurologicznym</p> <p><input type="checkbox"/> pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne</p> |

| | |
|---|--|
| | <input type="checkbox"/> Inne (proszę podać jakie): |
| <p>Aktualny dokument potwierdzający niepełnosprawność Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu</p> | <input type="checkbox"/> Tak (w przypadku posiadania dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność należy do wniosku dołączyć kopię orzeczenia, a oryginał przedstawić do wglądu): <input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności/całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności/całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> lekki stopień niepełnosprawności/ częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> Nie |
| <p>Czynności, w których w szczególności wymagane jest wsparcie Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu</p> | <ol style="list-style-type: none">czynności samoobsługowe, w tym: ubieranie <input type="checkbox"/> utrzymywanie higieny osobistej <input type="checkbox"/>pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego, w tym: dbanie o czystość mieszkania <input type="checkbox"/> wykonywanie prania <input type="checkbox"/> zmiana pościeli <input type="checkbox"/>przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>podejmowanie aktywności życiowych i komunikowanie się z otoczeniem (np. udział w spotkaniach organizowanych poza miejscem zamieszkania, korzystanie z dóbr kultury, infrastruktury sportowej/rekreacyjnej, udział w wydarzeniach dla mieszkańców, np. społecznych, sportowych, kulturalnych) Tak <input type="checkbox"/> |

Nie

5. **robienie drobnych zakupów**

Tak

Nie

6. **przygotowanie posiłków, pomoc przy spożywaniu posiłków**

Tak

Nie

7. **załatwianie spraw urzędowych za uczestnika**

Projektu/wspólnie z uczestnikiem Projektu np. na poczcie, w urzędach, opłacanie rachunków, kontakt z przychodnią, lekarzem

Tak

Nie

8. **wspólne spędzanie czasu poza miejscem zamieszkania,**

np. spacery

Tak

Nie

9. **zapewnienie kontaktu z innymi osobami/rodziną**

Tak

Nie

10. **realizacja recept, podawanie leków - zgodnie z zaleceniem lekarza**

Tak

Nie

11. **inne (proszę podać jakie):**

| | |
|--|--|
| <p>Odpłatność za usługi opiekuńcze (maksymalna kwota odpłatności za 1 godzinę usług opiekuńczych wynosi 23 zł - w dni robocze, 46 zł - w dni wolne od pracy zgodnie z Uchwałą Nr V/80/2019 Rady Miejskiej w Stargardzie z dnia 26.03.2019 r Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu</p> | <p>W przypadku przekroczenia kryterium dochodowego określonego w przepisach o pomocy społecznej deklaruję odpłatności za usługi opiekuńcze zgodnie z obowiązującymi przepisami:</p> <p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Nie <input type="checkbox"/></p> <p>Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wywiadu środowiskowego</p> <p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Nie <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Samotne zamieszkiwanie Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu</p> | <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> |
| <p>Brak rodziny zamieszkującej na terenie Gminy Miasta Stargard Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu</p> | <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> |
| <p>Karta oceny stanu pacjenta wg. zmodyfikowanej skali Barthel</p> | <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> |

UWAGA: Do wniosku proszę dołączyć zaświadczenie od lekarza lub inny dokument poświadczający stan zdrowia (orzeczenie o stanie zdrowia, niepełnosprawności lub opinia lekarska).

OŚWIADCZENIA KOŃCOWE:

1. Ja, niżej podpisany/a potwierdzam prawdziwość podanych przeze mnie danych zawartych w niniejszym dokumencie, jak również w innych dokumentach dotyczących udzielanego wsparcia i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach, w tym o zmianie numeru telefonu kontaktowego, adresu zamieszkania, statusu na rynku pracy oraz w związku długotrwałą nieobecnością w miejscu zamieszkania, z pobytem w szpitalu, umieszczeniem w placówce zapewniającej opiekę całodobową, zaprzestaniem udzielania pomocy przez asystenta lub osobę świadczącą usługi opiekuńcze, wskazanego we wniosku opiekuna faktycznego (nieformalnego) i innych sytuacjach życiowych mających wpływ na realizację przyznanego wsparcia.
2. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikające z przepisów art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy, w związku z art. 75 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego i oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.
3. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności i zapoznałem/am się z Regulaminem realizacji projektu i przyjmuję jego warunki bez zastrzeżeń.
4. Oświadczam, iż nie otrzymuję wsparcia z innego projektu zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+.
5. Oświadczam, iż przystępuję do projektu z własnej inicjatywy i deklaruję swoją chęć uczestnictwa w projekcie.
6. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych, stanowiącymi załączniki nr 4 do niniejszego formularza.
7. Zobowiązuję się do:
 - regularnego uczestnictwa w proponowanym wsparciu zgodnie z treścią projektu i zgłoszonym zapotrzebowaniem,
 - wypełniania dokumentów związanych z realizacją działań projektowych oraz ankiet niezbędnych w procesie monitorowania projektu,
 - udziału w badaniu ewaluacyjnym w trakcie i po zakończeniu realizacji projektu,
 - informowania o efektach osiągniętych po zakończeniu realizacji projektu, związanych bezpośrednio z udzielonym wsparciem dla mnie.

Do formularza dołączam (Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu):

- wniosek o przyznanie wsparcia w formie TELEOPIEKI za pomocą opaski bezpieczeństwa lub/ i czujek typu SMART DOM montowanych w moim miejscu zamieszkania (załącznik nr 1 do formularza zgłoszeniowego)
- wniosek o przyznanie wsparcia w postaci konsultacji doradczych i/lub dietetycznych i/lub pielęgnacyjno-zdrowotnych i/lub psychologicznych i/lub prawnych (załącznik nr 2 do formularza zgłoszeniowego)
- wniosek (wypełniany przez opiekuna faktycznego (nieformalnego) seniora) o przyznanie wsparcia w formie opieki wytchnieniowej (załącznik nr 3 do formularza zgłoszeniowego)
- (obowiązkowo) Klauzula informacyjna - obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (załącznik nr 4 do formularza zgłoszeniowego)
- (obowiązkowo) Oświadczenie o niekorzystaniu do końca 2022 roku z pomocy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Stargardzie w formie: usług opiekuńczych, asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, opieki wytchnieniowej w miejscu zamieszkania seniora, teleopieki (przy pomocy opaski bezpieczeństwa) (załącznik nr 5 do formularza zgłoszeniowego)
- (obowiązkowo) Oświadczenie o wyrażeniu zgody/braku wyrażenia zgody na wykorzystanie wizerunku uczestnika Projektu (załącznik nr 6 do formularza zgłoszeniowego).

| | |
|--|--|
| miejsowość i data | |
| podpis uczestnika Projektu (seniora) lub jego opiekuna prawnego | |