

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
(OSOBA POTRZEBUJĄCA POMOCY W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU)

Nazwa projektodawcy:
Gmina Stoczek Łukowski/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Stoczku Łukowskim
Tytuł projektu:
Kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielných i niepełnosprawnych z gminy Stoczek Łukowski

Dane uczestnika											
Imię											
Nazwisko											
PESEL											
	zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL										
Wykształcenie (należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED)	ISCED 5-8 Wyższe										
	ISCED 4 Policealne										
	ISCED 3 Ponadgminazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa)										
	ISCED 2 Gimnazjalne										
	ISCED 1 Podstawowe										
	ISCED 0 Brak										

Dane kontaktowe uczestnika	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu

Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy.	Tak		Nie	
Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy.	Tak		Nie	
W tym długotrwale bezrobotny Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku: - Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy). - Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie.	Tak		Nie	
Bierny zawodowo Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).	Tak		Nie	
W tym osoba ucząca się	Tak		Nie	
W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	Tak		Nie	
Osobą pracującą (niezależnie od rodzaju umowy) Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo. Studenci, którzy są zatrudnieni (również na część etatu), powinni być wykazywani jako osoby pracujące.	Tak		Nie	
osoba pracująca w administracji rządowej				
osoba pracująca w administracji samorządowej				
inne				
osoba pracująca w MMŚP				
osoba pracująca w organizacji pozarządowej				
osoba prowadząca działalność na własny rachunek				
osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie				
Zatrudniony w: Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony				
Wykonywany zawód:				
Nauczyciel kształcenia zawodowego				
Nauczyciel kształcenia ogólnego				
Nauczyciel wychowania przedszkolnego				
Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego				

Pracownik instytucji rynku pracy		
Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia		
Rolnik		
Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej		
Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej		
Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej		
Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej		
Instruktor praktycznej nauki zawodu		
Inny		
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu (odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej)		
Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.		
Tak	Nie	Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach) 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane) 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą) 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).		
Tak	Nie	
Osoba z niepełnosprawnościami Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, 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. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.		
Tak	Nie	Odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0. (Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia)		
Tak	Nie	Odmowa podania informacji

Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia – kryteria obligatoryjne		TAK	NIE
Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwą odповідь):	jestem osobą zamieszkałą w woj. lubelskim na terenie Gminy Stoczek Łukowski w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jestem osobą potrzebującą pomocy w codziennym funkcjonowaniu ¹ ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym ² ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jestem osobą samotną w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości; lub jestem osobą samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości; lub jestem osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić mi odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	przynależę do grupy docelowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ 5. Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

² Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:

- osoby 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 2014 r. poz. 382, z późn. zm.);
- 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. 1991 Nr 95 poz. 425 z późn. zm.);
- osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.);
- członek rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;
- osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.);
- osoby potrzebujące pomocy w codziennym funkcjonowaniu ;
- osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):	Kryterium pierwszeństwa	TAK	NIE	Jeśli tak
	mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) z ust. z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	200 pkt
	Kryteria premiujące	TAK	NIE	Jeśli tak
	Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego, jako wykluczenie z powodu więcej niż 1 przesłanek, o których mowa w Regulaminie Projektu (§2 pkt 4) i zwalczania ubóstwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 pkt
	Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 pkt
	Jestem osobą z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną i z całociowymi zaburzeniami rozwojowymi (zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 pkt
	Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi (zdef. w ustawie z 19.08.1994r.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 pkt
	Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa oraz oświadczam, że zakres wsparcia, które otrzymuję/moja rodzina otrzyma w projekcie nie powiela działań które otrzymuję/moja rodzina otrzymuje w ramach działań towarzyszących POPŻ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 pkt
	Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z obszarów objętych programem rewitalizacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 pkt

Deklaracja uczestnictwa w projekcie:

Deklaruję uczestnictwo w projekcie „Kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielnym i niepełnosprawnych z gminy Stoczek Łukowski” realizowanym przez Gminę Stoczek Łukowski w ramach Działania 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020.

RODZAJ WSPARCIA		
Proszę wybrać rodzaj wsparcia, o które ubiega się kandydat:	Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania	<input type="checkbox"/>
	Miejsce w mieszkaniu wspomagany w formie mieszkania wspieranego	<input type="checkbox"/>
	Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania	<input type="checkbox"/>

	Wsparcie opiekunów faktycznych	<input type="checkbox"/>
	Klub Seniora ³	<input type="checkbox"/>

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

OŚWIADCZENIA:

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że:

1. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie „Kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych z gminy Stoczek Łukowski” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych na stronie internetowej projektu www.gops.stoczeklukowski.pl
2. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe.

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie;

.....
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;

.....
data i czytelny podpis

³ Wsparcie kierowane do osób w wieku poprodukcyjnym tj. kobiety od 60 roku życia i mężczyźni od 65 roku życia

Osoby z niepełnosprawnościami:

Zwracamy się z prośbą o podanie informacji dot. Państwa szczególnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności. Informacja posłuży do zidentyfikowania potrzeb w zakresie występujących barier architektonicznych, komunikacyjnych, technicznych, itp., które mogą utrudnić Państwu uczestnictwo w ramach projektu. Uzyskane informacje zostaną wykorzystane do poprawy jakości realizowanych działań w projekcie oraz do zapewnieniu Państwu pełnej dostępności form wsparcia świadczonego w ramach projektu.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 oraz zgoda na przetwarzanie danych wrażliwych w zakresie zbiorów:

1. Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020,

2. Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.

I. W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych z gminy Stoczek Łukowski” nr RPLU.11.02.00-06-0069/20 oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:

a. Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin dla zbioru nr 1.

b. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa dla zbioru nr 2

2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa 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 Lubelskiego na lata 2014-2020 na podstawie:

a. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.,

b. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.,

c. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r., poz. 1460 z późn. zm.),

d. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r.

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:

a. udzielenia wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu – dotyczy zbioru nr 1.

b. realizacji projektu, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych, w ramach Programu – dotyczy zbioru nr 2.

4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania:

a. Instytucji Zarządzającej RPO WL 2014-2020, której funkcję pełni Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin,

b. Beneficjentowi/partnerom realizującym projekt – Gmina Stoczek Łukowski/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Stoczku Łukowskim ul. 1 Maja 12A, 21-450 Stoczek Łukowski w partnerstwie Fundacja Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych i Niesamodzielnych ul. Kminkowa 182e/2, 62-064 Plewiska (nazwa i adres beneficjenta oraz ewentualnych partnerów),

c. podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – *nie dotyczy*

Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub kontrole i audyt RPO WL 2014-2020 na zlecenie ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej lub beneficjenta.

5. Podanie danych jest wymogiem ustawowym a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.

7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy,

8. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014 -2020.

9. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres: ul. Grottgera 4, 20-029 Lublin.

10. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

11. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania.

II. Uwagi dotyczące formularza zgłoszeniowego uczestnika projektu i przetwarzania danych wrażliwych:

1. W celu rozpoczęcia udziału osoby w projekcie niezbędne jest podanie przez nią lub jej opiekuna prawnego danych w zakresie określonym w załączniku nr 13 do Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020.

2. Osoba zgłaszająca się do projektu może odmówić podania danych wrażliwych w zakresie:

a. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

b. Osoba z niepełnosprawnościami

c. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej

3. Niekompletność danych w ww. zakresie nie oznacza niekwalifikowalności danego uczestnika z wyjątkiem sytuacji, kiedy projekt skierowany jest do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, wówczas odmowa ta skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

III. Oświadczenie dotyczące podania danych wrażliwych w formularzu zgłoszeniowym uczestnika: (należy zaznaczyć właściwe pole w ramach każdego punktu)

1) Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

☐ wyrażam zgodę na podanie informacji

☐ odmawiam podania informacji

2) Osoba z niepełnosprawnościami

☐ wyrażam zgodę na podanie informacji

☐ odmawiam podania informacji

3) Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej niż wymienione poniżej:

a. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

b. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

c. Osoba z niepełnosprawnościami

d. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących

e. w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu

f. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu

☐ wyrażam zgodę na podanie informacji

☐ odmawiam podania informacji

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

ZAŁĄCZNIKI (proszę zaznaczyć właściwe):

Załącznik	
Oświadczenie uczestnika projektu o potrzebie pomocy w codziennym funkcjonowaniu	
Zaświadczenie o dochodach i/lub inne dokumenty potwierdzające dochód na osobę samotnie gospodarującą, osobę w rodzinie lub rodzinę. ⁴ (dotyczy osób, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) z ust. z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej)	
Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności bądź innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia – (dotyczy osób z niepełnosprawnościami, w tym osób chorych psychicznie lub niesprawnych intelektualnie)	
Pisemna zgoda rodziców/opiekunów prawnych na uczestnictwo w Projekcie – (dot. osób niepełnoletnich i ubezwłasnowolnionych)	
Upoważnienie do dokonywania w imieniu uczestnika projektu i na jego rzecz czynności formalnych związanych z udziałem w projekcie (dotyczy uczestników projektu, którzy ze względu na swój stan zdrowia nie są w stanie składać samodzielnie oświadczeń)	
Zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych	

⁴ Zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: „Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszoną o: 1) miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych; 2) składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach; 3) kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób”.

„Kompleksowy program wsparcia osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych
z gminy Stoczek Łukowski” RPLU.11.02.00-06-0069/20
w ramach Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020.
Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne
Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne

Oświadczenie o potrzebie pomocy w codziennym funkcjonowaniu

Imię i nazwisko

ur. dniaroku w

Niniejszym oświadczam, iż jestem osobą potrzebującą pomocy w codziennym funkcjonowaniu tj. osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Oświadczam, że zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

data

podpis