



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn.: „**Usługi zdrowotne dla mieszkańców gminy Lewin Brzeski**”, realizowanym w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Działanie 7.1 – Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa; Numer umowy FEOP.07.01-IZ.00-0038/24

Formularz zgłoszeniowy – Deklaracja uczestnictwa w projekcie

WYBÓR GRUPY WSPARCIA

Wybierz grupę, do której należysz (zaznacz tylko jedną opcję):

- ☐ **GRUPA I: Senior / Seniorka (60+)** – mam ukończone 60 lat i potrzebuję wsparcia w codziennych czynnościach.
- ☐ **GRUPA II: Dziecko / Młodzież (<18 r.ż.)** – nie mam ukończonych 18 lat i posiadam orzeczenie o niepełnosprawności. *
- ☐ **GRUPA III: Opiekun / Opiekunka faktyczni** – opiekuję się bezpłatnie osobą bliską, która bierze udział w tym Projekcie (co najmniej od 6 miesięcy)

* UWAGA! W przypadku uczestnictwa osoby małoletniej dokumenty rekrutacyjne muszą zostać podpisane przez jej rodzica/prawnego opiekuna.



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

CZĘŚĆ I – DANE OSOBOWE

Proszę wypełnij pola formularza czytelnie najlepiej drukowanymi literami. Możesz też wypełnić formularz elektronicznie. Formularz jest niezbędny do oceny kwalifikowalności uczestnictwa w projekcie.

Dane uczestnika		
1	Imię	
2	Nazwisko	
3	PESEL	
4	Kraj	
5	Płeć	
6	Data urodzenia	
7	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
8	Wykształcenie	☐ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) ☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ wyższe (ISCED 5-8)
Dane kontaktowe uczestnika		
9	Kraj	
10	Obywatelstwo	
11	Województwo	
12	Powiat	



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

13	Gmina	
14	Miejscowość	
15	Ulica	
16	Nr budynku	
17	Nr lokalu	
18	Kod pocztowy	
19	Telefon kontaktowy	
20	Adres e-mail	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu		
21	osoba bierna zawodowo ☐ TAK ☐ NIE*	W tym: ☐ osoba ucząca się ☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ inne
22	osoba bezrobotna ☐ TAK ☐ NIE*	W tym: ☐ osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia ☐ inne
23	osoba pracująca ☐ TAK ☐ NIE*	W tym: ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej ☐ osoba pracująca w MMŚP ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ☐ inne

Projekt: „Usługi zdrowotne dla mieszkańców gminy Lewin Brzeski”

Działanie 7.1 Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa Program Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027 (EFS+) Numer umowy FEOP.07.01-IZ.00-0038/24



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu		
24	OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie	☐ TAK ☐ Odmowa podania informacji ☐ NIE*
25	OSOBA OBCEGO POCHODZENIA tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów	☐ TAK ☐ NIE*
26	OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec	☐ TAK ☐ NIE*
27	OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	☐ TAK ☐ NIE*
28	OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	☐ TAK ☐ Odmowa podania informacji ☐ NIE*
29	OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ	☐ TAK ☐ Odmowa podania informacji ☐ NIE*

* zaznacz odpowiednią odpowiedź



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

CZĘŚĆ II – ZAKRES WSPARCIA

Wnioskuję o objęcie mnie następującym wsparciem:

☐ **GRUPA I: Senior / Seniorka (60+)**

Rodzaj wsparcia	Zaznacz X
Rehabilitacja ruchowa osób starszych	
Świadczenia terapeutyczne osób starszych	
Opieka pielęgniarstwa długoterminowa	
Wsparcie transportowe „door-to door”	

☐ **GRUPA II: Dziecko / Młodzież (<18 r.ż.)**

Rodzaj wsparcia	Zaznacz X
Rehabilitacja ruchowa dzieci niepełnosprawnych	
Rehabilitacja logopedyczna dzieci niepełnosprawnych	
Świadczenia terapeutyczne dzieci niepełnosprawnych	
Wsparcie transportowe „door-to door”	

☐ **GRUPA III: Opiekun / Opiekunka faktyczni**

Rodzaj wsparcia	Zaznacz X
Warsztaty psychologiczne – grupa wsparcia dla opiekunów nieformalnych	
Warsztaty – przewodnik po ekologicznym życiu	



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

CZĘŚĆ III – KRYTERIA DOSTĘPU

OŚWIADCZAM, ŻE:

1	Jestem osobą zamieszkującą w gminie LEWIN BRZESKI	☐ TAK ☐ NIE
2	Wymagam wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, co potwierdza wynik maksymalnie 80 punktów w skali Barthel	☐ TAK ☐ NIE
3	W przypadku ubiegania się o rehabilitację mój dochód nie przekracza 250% kryterium dochodowego z ustawy o pomocy społecznej i spełniam co najmniej dwie przesłanki z art. 7 tej ustawy (np. niepełnosprawność, długotrwała choroba).	☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY
4	Nie korzystam z: - świadczeń pielęgnarskich w opiece domowej długoterminowej, - świadczeń hospicjum domowego, - rehabilitacji leczniczej finansowanej ze środków publicznych (umowa z NFZ)	☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY
5	Należę do grupy wsparcia	☐ GRUPA I: Senior / Seniorka (60+) – mam ukończone 60 lat i potrzebuję wsparcia w codziennych czynnościach. ☐ GRUPA II: Dziecko / Młodzież (<18 r.ż.) – nie mam ukończonych 18 lat i posiadam orzeczenie o niepełnosprawności. ☐ GRUPA III: Opiekun / Opiekunka faktyczni – opiekuję się bezpłatnie osobą bliską, która bierze udział w tym Projekcie

Projekt: „Usługi zdrowotne dla mieszkańców gminy Lewin Brzeski”

Działanie 7.1 Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa Program Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027 (EFS+) Numer umowy FEOP.07.01-IZ.00-0038/24



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

CZĘŚĆ IV – KRYTERIA PREMIUJĄCE

(uzupełnia Zespół Rekrutacyjny)

Lp.	Kryterium premiujące (dodatkowe punkty)	Liczba punktów	TAK/NIE
1.	Cechy szczególne kandydata/kandydatki (punkty przyznawane za każdą cechę osobno):		
a.	Osoba starsza (60+)	+ 5 pkt	☐ TAK ☐ NIE
b.	Osoba z niepełnosprawnością (dzieci i dorośli)	+ 5 pkt	☐ TAK ☐ NIE
c.	Dziecko z rodziny wielodzietnej	+ 5 pkt	☐ TAK ☐ NIE
d.	Dziecko z rodziny dysfunkcyjnej	+ 5 pkt	☐ TAK ☐ NIE
e.	Osoba utrzymująca się z niezarobkowych źródeł dochodu	+ 5 pkt	☐ TAK ☐ NIE
f.	Dziecko z niepełnosprawnością	+ 5 pkt	☐ TAK ☐ NIE
g.	Osoba pochodząca ze środowisk migracyjnych	+ 5 pkt	☐ TAK ☐ NIE
h.	Osoba ze społeczności romskiej	+ 5 pkt	☐ TAK ☐ NIE
i.	Dziecko pozbawione opieki rodzicielskiej	+ 5 pkt	☐ TAK ☐ NIE
2.	Miejsce zamieszkania:		
a.	Zamieszkiwanie na obszarze tzw. „białych plam” (zgodnie z Mapowaniem potrzeb w woj. opolskim)*	+ 5 pkt	☐ TAK ☐ NIE
3.	Trudna sytuacja ekonomiczna (na podstawie dochodów):		
a.	Dochód do 149% włącznie kryterium dochodowego	+ 3 pkt	☐ TAK ☐ NIE
b.	Dochód powyżej 150% do 200% włącznie kryterium dochodowego	+ 2 pkt	☐ TAK ☐ NIE
c.	Dochód powyżej 200% do 250% włącznie kryterium dochodowego	+ 1 pkt	☐ TAK ☐ NIE

Suma punktów dodatkowych:.....

Data: _____ Podpis: _____



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

CZĘŚĆ V – EWENTUALNE BARIERY

Jeżeli obawiasz się że występują bądź mogą wystąpić jakieś bariery w dostępie do usług świadczonych w ramach projektu napisz o tym tutaj. Postaramy się zrobić wszystko, żebyś mógł skorzystać z udzielanego w ramach projektu wsparcia bez przeszkód:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

CZĘŚĆ VI – OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE

Deklaracja uczestnictwa w projekcie:

Ja, niżej podpisana/y
(imię i nazwisko)

deklaruję swój udział /udział swojego dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

w projekcie pn.: „**Usługi zdrowotne dla mieszkańców gminy Lewin Brzeski**” realizowanym w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Jednocześnie:

1. Oświadczam, że zostałem/zapoznałam się z warunkami rekrutacji i udziału w projekcie oraz akceptuję te postanowienia.
2. W związku z udziałem w projekcie pn. „Usługi zdrowotne dla mieszkańców gminy Lewin Brzeski” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS, wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku do celów związanych z promocją projektu. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, że fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas zajęć mogą być zamieszczone na stronie internetowej projektu oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych.
3. Podane przeze mnie dane zawarte w niniejszym dokumencie, jak również w innych dokumentach dołączonych do niniejszego formularza zgłoszeniowe są prawdziwe. Ponadto zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach w tym np. o zmianie: nr telefonu, adresu, statusu na rynku pracy.

Data: _____ Podpis: _____



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH I SYTUACJI ŻYCIOWEJ

(wypełnij tylko w przypadku ubiegania się o wsparcie w zakresie **rehabilitacji**)

I. Dane uczestnika/ uczestniczki

1. **Imię i nazwisko:**
2. **PESEL:**

II. Oświadczenie o dochodach

*W celu ustalenia uprawnienia do bezpłatnej rehabilitacji medycznej, proszę podać dochody netto (na rękę) z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku:
(tj. z miesiąca 202... r.).*

1. **Liczba osób w moim gospodarstwie domowym:**
2. **Łączny dochód netto wszystkich członków rodziny:** zł
3. **Dochód netto na jedną osobę w rodzinie (punkt 2 podzielony przez punkt 1):**
..... zł

Moja sytuacja względem kryterium pomocy społecznej (zaznacz właściwe):

- ☐ Mój dochód nie przekracza **250% kryterium dochodowego**
(tj. do 2525 zł dla osoby samotnej lub do 2057,50 zł na osobę w rodzinie).

w tym:
- ☐ Mój dochód nie przekracza **150% kryterium (+3 pkt)**.
(tj. do 1504,90 zł dla osoby samotnej lub do 1226,27 zł na osobę w rodzinie).
- ☐ Mój dochód mieści się w powyżej **150% do 200% (+2 pkt)**.
(tj. od 1504,91 zł do 2020,00 dla osoby samotnej lub
od 1226,28 zł do 1646,00 na osobę w rodzinie).
- ☐ Mój dochód mieści się w przedziale powyżej **200% do 250% (+1 pkt)**.
(tj. do 2020,01 zł do 2525,00 dla osoby samotnej lub
od 1646,01 zł do 2057,50 na osobę w rodzinie).



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

III. MOJA SYTUACJA ŻYCIOWA (Art. 7 ustawy o pomocy społecznej)

Zgodnie z wymogami projektu, aby skorzystać z rehabilitacji, musisz spełniać co najmniej **dwie** z poniższych przesłanek. Zaznacz te, które Cię dotyczą:

- ☐ ubóstwo
- ☐ sieroctwo
- ☐ bezdomność
- ☐ bezrobocie
- ☐ **niepełnosprawność**
- ☐ **długotrwała lub ciężka choroba**
- ☐ przemoc w rodzinie
- ☐ potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności
- ☐ bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego (np. ze względu na wiek)
- ☐ inne:

IV. OŚWIADCZENIA KOŃCOWE

1. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
2. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o zmianie mojej sytuacji dochodowej lub liczby osób w rodzinie.
3. Potwierdzam, że obecnie nie korzystam z takich samych usług rehabilitacji lub opieki pielęgniarstwa finansowanych ze środków NFZ.

Data: _____ Podpis: _____



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

CZĘŚĆ VII – ZAŁĄCZNIKI

1	Ocena funkcjonowania wg skali Barthel	☐ TAK ☐ NIE
2	Orzeczenie o niepełnosprawności nr - kopia dokumentów	☐ TAK ☐ NIE
3	Dokumenty potwierdzające dochód osoby przystępującej do projektu (zaświadczenie z OPS / decyzja o wysokości świadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dochód) kopie	☐ TAK ☐ NIE
4	Dokumenty potwierdzające uzyskanie punktów dodatkowych w ramach cech szczególnych kandydata.	☐ TAK ☐ NIE
5	Inne:	
6	Inne:	

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą, pod rygorem odpowiedzialności karnej (art. 233 § 6 KK).

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji do projektu i zobowiązuję się do jego stosowania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami RODO na potrzeby rekrutacji i realizacji projektu tj. w celu prowadzenia monitoringu, kontroli i ewaluacji.

Data: _____ Podpis: _____