



Projekt realizowany w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, PRIORYTETU 7 – Fundusze Europejskie wspierające usługi społeczne i zdrowotne w opolskim programie regionalnym FEO 2021-2027, DZIAŁANIE 7.1 – Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa

ZAŁĄCZNIK nr 1 do REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Formularz zgłoszeniowy do Projektu (wypełniają Kandydaci chcący skorzystać z wsparcia)

TYTUŁ PROJEKTU	„ASYstenci OPIEKI - opieka długoterminowa dla osób z niepełnosprawnościami w powiecie krapkowskim i opolskim”
Numer ewidencyjny wniosku:	FEOP.07.01-IZ.00-0016/23
NAZWA REALIZATORA PROJEKTU	SPECJALISTYKA 24 „KARDIOLOGIA” Spółka ograniczoną odpowiedzialnością Spółka komandytowa

(Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)	
UWAGA!!!	
Niniejszy Formularz należy wypełnić elektronicznie lub odręcznie drukowanymi literami w języku polskim we wszystkich wymaganych polach – zgodnie z zasadami opisanymi w <i>Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie – od strony 1-9</i>	
<i>Ingerencja w treść załącznika poprzez modyfikację jego treści, usuwanie/ skreślanie zapisów i/ lub logotypów w nim zawartych jest niedopuszczalna.</i>	
NR FORMULARZA:	DATA WPŁYWU:

I. DANE OSOBOWE KANDYDATA/KANDYDATKI:

Imię:													
Nazwisko:													
Data urodzenia:													
PESEL:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
Wiek w chwili złożenia dokumentacji zgłoszeniowej:	 Lat.												
Płeć:	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna												
Obywatelstwo	☐ Obywatelstwo polskie ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE/bezpaństwowiec												

**II. ADRES KANDYDATA/KANDYDATKI:**

Ulica:		Nr domu:		Nr lokalu:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:			
Powiat:		Województwo:	Opolskie		

III. DANE KONTAKTOWE:

Nr telefonu stacjonarnego:		Nr telefonu komórkowego:	
-----------------------------------	--	---------------------------------	--

IV. DANE DOTYCZĄCE POSIADANEGO WYKSZTAŁCENIA ORAZ STATUTU OSOBY NA RYNKU PRACY:

Wykształcenie:	Statut osoby na rynku pracy:
☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) ¹ ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ Wyższe (ISCED 5-8)	☐ Osoba bezrobotna ¹ , w tym: ☐ długotrwale bezrobotna ² ☐ Inne ☐ Osoba bierna zawodowo ³ w tym: ☐ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie ☐ Inne ☐ Osoba pracująca ⁴
Wykonywany zawód: (dotyczy wyłącznie osób pracujących)	
Zatrudniony/a w: (należy wpisać nazwę instytucji/przedsiębiorstwa)	

V. WYBÓR FORMY WSPARCIA
☐ Usługi asystenckie

☐

(należy wskazać wybranego przez Uczestnika Projektu asystenta osoby niepełnosprawnej, a w przypadku braku, należy wpisać brak)

¹ Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia; w tym osoba, która nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego.

² Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku: - Młodzież (osoby poniżej 25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy. - Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy.

³ To osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna. Za bierne zawodowo uznaje się m.in. osoby przebywające na urlopie wychowawczym; studentów studiów stacjonarnych.

⁴ Za osoby pracujące uznaje się: 1. Osoby prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową; 2. Członka rodziny bezpłatnie pomagającego osobie prowadzącej działalność gospodarczą; 3. Osobę przebywającą na urlopie macierzyńskim/ rodzicielskim.



VI.A KRYTERIA BEZWZGLĘDNE (WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE):

Prosimy zaznaczyć właściwe „X” przy polu „TAK” lub „NIE”:

1. Jestem mieszkańcem województwa opolskiego i powiatu krapkowickiego lub opolskiego ☐ TAK ☐ NIE
2. Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, to jest osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego ☐ TAK ☐ NIE
3. Jestem osobą niepełnosprawną:
A. Jestem osobą z niepełnosprawnością, to jest: a) osobą niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1886, z późn. zm), ☐ TAK ☐ NIE b) osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017r., poz. 882, z późn. zm.), ☐ TAK ☐ NIE
B. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności wydane przez upoważniony organ/w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, ☐ TAK ☐ NIE

VI.B KRYTERIA DODATKOWE (PUNKTOWANE):

Prosimy zaznaczyć właściwe „X” przy polu „TAK” lub „NIE”:

1. Jestem osobą ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności ☐ TAK ☐ NIE
2. Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną (współistnienie u jednej osoby co najmniej dwóch rodzajów niepełnosprawności) ☐ TAK ☐ NIE
3. Jestem osobą korzystającą z FE PŻ 2021-2027 ☐ TAK ☐ NIE
4. Zamieszkuję samotnie (bez innych osób) ☐ TAK ☐ NIE



VII. STATUS KANDYDATA NA DZIEŃ PODPISANIA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO

Prosimy zaznaczyć właściwe „X” (JEŻELI DOTYCZY):

- ☐ Osoba państwa trzeciego
- ☐ Osoba należąca do mniejszości narodowej⁵ lub etnicznej⁶ (w tym społeczności marginalizowane)
- ☐ Osoba obcego pochodzenia⁷
- ☐ Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań⁸
- ☐ Osoba z niepełnosprawnościami⁹

VIII. POTRZEBY I MOŻLIWOŚCI UCZESTNIKA PROJEKTU

1. Potrzeby uczestnika projektu:

- ☐ Pomoc w dokonywaniu zakupów podstawowych artykułów
- ☐ Pomoc w przygotowywaniu i podawaniu posiłków
- ☐ Pomoc w wykonywaniu prac porządkowych w gospodarstwie domowym
- ☐ Pomoc w praniu odzieży/bielizny
- ☐ Pomoc w dotarciu do lekarzy, placówek i urzędów
- ☐ Pomoc w aktywnym funkcjonowaniu społecznym, zawodowym, edukacyjnym
- ☐ Pielęgnacja ciała (mycie, higiena jamy ustnej, czesanie, golenie, pielęgnacja odleżyn)
- ☐ Pomoc przy zaspokajaniu potrzeby wydalania
- ☐ Odżywianie – karmienie
- ☐ Poruszanie się – pomoc przy opuszczaniu łóżka, układaniu się w nim, zmiana ułożenia, ubieranie i rozbieranie, przemieszczanie się
- ☐ Zapewnienie kontaktu z otoczeniem: towarzyszenie na spacerach, rozmowy i spotkania sąsiedzkie, informowanie rodziny lub właściwych służb o pogorszeniu stanu zdrowia oraz sytuacjach kryzysowych
- ☐ Inne (specjalne/indywidualne potrzeby Uczestnika Projektu):

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

⁵ Zgodnie z prawem krajowym za mniejszości narodowe uznaje się mniejszość: białoruską, czeską, litewską, niemiecką, ormiańską, rosyjską, słowacką, ukraińską, żydowską.

⁶ Za mniejszości etniczne uznaje się mniejszości: karaïmską, łemkowską, romską, tatarską.

⁷ Cudzoziemiec – to każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa (...) lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

⁸ To jest osoba:

1. Bez dachu nad głową (osoba żyjąca w surowych i alarmujących warunkach);
2. Bez miejsca zamieszkania:
 - osoba przebywająca w schroniskach dla: bezdomnych, kobiet, imigrantów;
 - osoba opuszczająca instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze;
 - osoba otrzymująca długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane;
3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoba posiadająca niepewny najem z nakazem eksmisji, osoba zagrożona przemocą);
4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

⁹ Osoba niepełnosprawna w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1886, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w Ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017r., poz. 882, z późn. zm.), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.



2. Czy zdiagnozowano u Pana/i chorobę Alzheimera? /Proszę wskazać jedną odpowiedź/

- ☐ Tak
☐ Nie

3. Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca?

- ☐ Tak
☐ Nie

4. Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy?

- ☐ Tak (na co?/proszę wymienić):

1.....

2.....

3.....

- ☐ Nie

IX. OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ I AKCEPTACJI REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE ORAZ OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI O WYRAŻENIU ZGODY NA ROZPOWSZECHNIENIE WIZERUNKU:

Oświadczam, że:

- ✓ zapoznałem/am się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. **„ASYstenci OPIEKI - opieka długoterminowa dla osób z niepełnosprawnościami w powiecie krapkowickim i opolskim”** realizowanym w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, PRIORYTETU 7 – Fundusze Europejskie wspierające usługi społeczne i zdrowotne w opolskim programie regionalnym FEO 2021-2027, DZIAŁANIE 7.1 – Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa.
- ✓ wyrażam zgodę na nieodpłatne używanie, utrwalanie, powielanie, wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi przez SPECJALISTYKA 24 „KARDIOLOGIA” Spółka ograniczoną odpowiedzialnością Spółka komandytowa dla celów działań informacyjno – promocyjnych związanych z realizacją Projektu pt. **„ASYstenci OPIEKI - opieka długoterminowa dla osób z niepełnosprawnościami w powiecie krapkowickim i opolskim”**

OŚWIADCZENIE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą¹⁰, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą i ze stanem faktycznym.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Uczestnika Projektu)

¹⁰ Pouczenie: Zgodnie z Art. 233 § 1 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2016 r., poz. 1137, z późn. zm.): Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

**KARTA OCENY UCZESTNIKA PROJEKTU****WG SKALI BARTHEL**

Imię i nazwisko:

PESEL:

L/P	NAZWA CZYNNOŚCI */	WARTOŚĆ PUNKTOWA **/
1	Spożywanie posiłków 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, 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) 10= mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15= samodzielny	
3	Utrzymanie higieny osobistej 0= potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5= niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	Korzystanie z toalety (WC) 0= zależny 5= potrzebuje 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 10= spacer z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50m 15= niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. Laski >50m	
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0= nie jest w stanie 5= potrzebuje pomocy słownej, fizycznej, przenoszenie 10= samodzielny	



8	Ubieranie się i rozbieranie 0= zależny 5= potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10= samodzielny	
9	Kontrolowanie stolca/ zwieracza odbytu 0= nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5= czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10= panuje, utrzymuje mocz	
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 KWALIFIKACJI***/		

UWAGI:

.....

.....

.....

data, pieczęć, podpis
Lekarza Ubezpieczenia Zdrowotnego

.....

.....

.....

data, pieczęć, podpis
Pielęgniarki Ubezpieczenia Zdrowotnego

*/ w pkt. 1-10 należy wybrać jedną z możliwości opisującą stan pacjenta

**/ wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

***/ w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów