



Załącznik nr 1a – Formularz zgłoszeniowy: osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Formularz zgłoszeniowy:
osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Data wpływu¹	
Nr ewidencyjny²	
Formularz poprawny formalnie³	☐ tak ☐ nie
Czy Kandydat kwalifikuje się do udziału w projekcie⁴?	☐ tak ☐ nie

Tytuł projektu	„Wspieramy poprzez działanie: wzmocnienie usług społecznych i zdrowotnych w woj. dolnośląskim”
Numer projektu	FEDS.07.07-IP.02-0045/23
Nazwa Programu Operacyjnego	Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027
Nazwa i numer Priorytetu, Działania i Typu w ramach Programu Operacyjnego	Priorytet: 7 Fundusze Europejskie na rzecz rynku pracy i włączenia społecznego na Dolnym Śląsku Działanie: 7.7 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych Typ: 7.7.A Rozwój usług świadczonych w społeczności lokalnej
Źródło Finansowania projektu	Europejski Fundusz Społeczny Plus Budżet Państwa Wkład własny Beneficjenta
Nazwa Beneficjenta	Projekt realizowany jest przez Fundację EDUKACJA-PRO

¹ Wypełnia Realizator Projektu

² j.w.

³ j.w.

⁴ j.w.



I	Dane Podstawowe	1.	Imię/Imiona	
		2.	Nazwisko	
		3.	PESEL	
		4.	Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna
		5.	Data urodzenia	
II	Adres zamieszkania ⁵	1.	Ulica	
		2.	Nr domu	
		3.	Nr lokalu	
		4.	Miejscowość	
		6.	Kod pocztowy	
		7.	Powiat	
		8.	Gmina	
		9.	Województwo	
III	Dane kontaktowe	1.	Numer telefonu kontaktowego	
		2.	Adres e-mail	
IV	Wykształcenie	☐ niższe niż podstawowe ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne (średnie lub zasadnicze zawodowe) ☐ policealne (wyższe niż średnie, ale nie wyższe) ☐ wyższe		

⁵ Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego (KC). W projekcie mogą wziąć udział wyłącznie osoby zamieszkujące w rozumieniu KC obszar województwa dolnośląskiego.



V	Przynależność do grupy z pierwszeństwem udziału w projekcie	Jestem osobą: ☐ o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności⁶ ☐ z niepełnosprawnością sprzężoną⁷ ☐ z chorobami psychicznymi⁸ ☐ z niepełnosprawnością intelektualną⁹ ☐ z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)¹⁰ ☐ korzystającą z programu FE PŻ¹¹ ☐ zamieszkującą samotnie ☐ nie przynależę do żadnej z powyższych grup
---	---	---

⁶ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć zaświadczenie lekarskie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. Osoba z niepełnosprawnościami – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2023 poz. 100 ze zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123).

⁷ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć zaświadczenie lekarskie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. Osoba z niepełnosprawnościami – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2023 poz. 100 ze zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123).

⁸ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć zaświadczenie lekarskie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. Osoba z niepełnosprawnościami – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2023 poz. 100 ze zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123).

⁹ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć zaświadczenie lekarskie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. Osoba z niepełnosprawnościami – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2023 poz. 100 ze zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123).

¹⁰ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć zaświadczenie lekarskie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. Osoba z niepełnosprawnościami – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2023 poz. 100 ze zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123).

¹¹ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć zaświadczenie o korzystaniu z FE PŻ.



VI	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w rejestrach urzędów pracy ¹² ☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w rejestrach urzędów pracy ¹³ ☐ osoba bierna zawodowo ¹⁴ ☐ w tym bierna zawodowo w związku z koniecznością opieki nad osobą zależną ¹⁵ ☐ osoba pracująca
VII	Osoba posiadająca status osoby z niepełnosprawnościami ¹⁶	☐ tak ☐ nie
VIII	Status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ¹⁷	☐ tak ☐ nie
IX	Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	☐ tak ☐ nie
X	Osoba obcego pochodzenia	☐ tak ☐ nie
XI	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ tak ☐ nie
XII	Osoba z krajów trzecich objętych wsparciem w programie	☐ tak ☐ nie
XIII	Specjalne potrzeby wynikające np. z	☐ tak

¹² Należy załączyć stosowne zaświadczenie z ZUS.¹³ Należy załączyć stosowne zaświadczenie z ZUS/PUP.¹⁴ Należy załączyć stosowne zaświadczenie z ZUS.¹⁵ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć oświadczenie o statusie bierności zawodowej w związku z koniecznością opieki nad osobą zależną oraz zaświadczenie z ZUS.¹⁶ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć zaświadczenie lekarskie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. Osoba z niepełnosprawnościami – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2023 poz. 100 ze zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123).¹⁷ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć odpowiedni dokument potwierdzający status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, którego wzór stanowi załącznik 3. Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, 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.



	niepełnosprawności:	☐ nie	(krótki opis)
XIV Oświadczenia			
1. Oświadczam, że podane przeze mnie dane zawarte w niniejszym dokumencie, jak również w innych dokumentach dołączonych do niniejszego formularza zgłoszeniowego są prawdziwe i aktualne oraz zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach w ww. danych, m.in. o zmianie: nr telefonu, adresu i statusu. 2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie nr FEDS.07.07-IP.02-0045/23 pn. „Wspieramy poprzez działanie: wzmocnienie usług społecznych i zdrowotnych w woj. dolnośląskim” oraz z załącznikami do ww. regulaminu i w pełni akceptuję jego warunki. Data...../...../.....r. (podpis kandydata bądź opiekuna prawnego kandydata)			

W załączeniu przedkładam:

- ☐ Załącznik 1 zaświadczenie z ZUS potwierdzające status osoby bezrobotnej/biernej zawodowo – wzór
- ☐ Oświadczenie uczestnika projektu o statusie osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – załącznik 2
- ☐ Zaświadczenie lekarskie osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu - załącznik 3
- ☐ Oświadczenie o przynależności do grupy z pierwszeństwem udziału w projekcie – załącznik 4
- ☐
- ☐ inne _____

Załącznik 1 zaświadczenie z ZUS potwierdzające status osoby bezrobotnej/biernej zawodowo – wzór

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Oddział w.....

.....

Miejscowość i data



ZAŚWIADCZENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych zaświadcza, że Pan/Pani.....
PESEL..... na dzień wystawienia zaświadczenia¹:

- a) nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym z tytułów, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1-6, 8, 10-20 i 22 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych²,
- b) podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym jako pracownik i jednocześnie w okresie do..... przebywał/a na urlopie wychowawczym (według raportów rozliczeniowych z ostatniego okresu, za który płatnik składek miał obowiązek przekazania dokumentów do ZUS),
- c) podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym od dnia ³z tytułu.....⁴

Cel wydania zaświadczenia: *potwierdzenie statusu osoby biernej zawodowo/bezrobotnej w związku z ubieganiem się o wsparcie w projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.*

Załącznik 2 – oświadczenie o statusie osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

OŚWIADCZENIE O STATUSIE OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU⁵

Ja, niżej podpisany/a.....

(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

¹ Należy wskazać jednoznacznie tylko jeden podpunkt poprzez skreślenie pozostałych.

² (Dz. U. z 2020 r. poz. 266 ze zm.)

³ Należy wypełnić wyłącznie w przypadku, jeżeli istnieje aktualny tytuł do ubezpieczeń społecznych wskazany w art. 6 ust. 1 pkt 1-6, 8, 10-20 i 22 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych

⁴ Należy wskazać jeden z tytułów wymienionych w art. 6 ust. 1 pkt 1-6, 8, 10-20 i 22 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Podpunktu c) nie należy wypełniać jeżeli został wypełniony podpunkt b).

⁵ Do formularza należy załączyć zaświadczenie lekarskie, którego wzór stanowi załącznik 4 lub inny dokument poświadczający status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.



PESEL:.....

zamieszkały/a:.....

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikające z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie
nieprawdziwego oświadczenia lub zatajanie prawdy

oświadczam,

że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na:

- ☐ wiek,
- ☐ stan zdrowia
- ☐ niepełnosprawność

i wymagam opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej
jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis kandydata bądź opiekuna prawnego kandydata

Załącznik 3 – zaświadczenie lekarskie osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu -
wzór

.....

miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE OSOBY POTRZEBUJĄCEJ

WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU



Wzór¹

KANDYDAT/-KA deklarując-y/-a chęć przystąpienia do PROJEKTU:	1.	Imię/Imiona	
	2.	Nazwisko	
	3.	PESEL	

Niniejszym zaświadczam, że ww. jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, ze względu na wiek lub stan zdrowia lub niepełnosprawność i wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (takich jak np.: robienie zakupów, przygotowanie i spożywanie posiłków, utrzymanie higieny osobistej, sprzątanie i prowadzenie mieszkania, poruszanie się, wychodzenie z domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych).

.....
podpis i pieczęć lekarza

¹ Dopuszcza się złożenia zaświadczenia na innym druku pod warunkiem zachowania tożsamyh zapisów.



Załącznik 4 – oświadczenie o przynależności do grupy z pierwszeństwem udziału w projekcie

OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY Z PIERWSZEŃTWE M UDZIAŁU W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisany/a.....

(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

PESEL:.....

zamieszkały/a:.....

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikające z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie
nieprawdziwego oświadczenia lub zatajanie prawdy

oświadczam, że

jestem osobą:

- ☐ o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- ☐ z niepełnosprawnością sprzężoną
- ☐ z chorobami psychicznymi
- ☐ z niepełnosprawnością intelektualną
- ☐ z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)
- ☐ korzystającą z programu FE PŻ
- ☐ zamieszkującą samotnie.

.....

miejscowość, data

.....

czytelny podpis