



Załącznik nr 1b – Formularz zgłoszeniowy: opiekun faktyczny

Formularz zgłoszeniowy:
Opiekun faktyczny (nieformalny)

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



I	Dane Podstawowe	1.	Imię/Imiona	
		2.	Nazwisko	
		3.	PESEL	
		4.	Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna
		5.	Data urodzenia	
II	Adres zamieszkania ⁴	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		
V	Przynależność do grupy z pierwszeństwem udziału w projekcie	Jestem osobą: ☐ o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ⁵ ☐ z niepełnosprawnością sprzężoną ⁶		

⁴ Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego (KC). W projekcie mogą wziąć udział wyłącznie osoby zamieszkujące w rozumieniu KC obszar województwa dolnośląskiego.

⁵ 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).

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



		☐ z chorobami psychicznymi ⁷ ☐ z niepełnosprawnością intelektualną ⁸ ☐ z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) ⁹ ☐ korzystającą z programu FE PŻ ¹⁰ ☐ zamieszkującą samotnie ☐ nie przynależę do żadnej z powyższych grup
VI	Status osoby posiadającej status osoby z niepełnosprawnościami ¹¹	☐ tak ☐ nie
VII	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
VIII	Osoba znajdująca się w szczególnej sytuacji na	☐ tak ☐ nie

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 o korzystaniu z FE PŻ.

¹¹ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć odpowiednie orzeczenie 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).

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.



	ryнку pracy ¹⁶	
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 niepełnosprawności:	☐ tak (krótki opis) ☐ nie

XIV Oświadczenia

- Oświadczam, że podane przeze mnie dane zawarte w niniejszym dokumencie, jak również w innych dokumentach dołączonych do niniejszego formularza zgłoszeniowe są prawdziwe i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach w tym np. o zmianie: nr telefonu, adresu.
- 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)

W załączeniu przedkładam (jeśli dotyczy):

- ☐ zaświadczenie z ZUS potwierdzające status osoby bezrobotnej/biernej zawodowo – załącznik 1
- ☐ oświadczenie o statusie bierności zawodowej w związku z koniecznością opieki nad osobą zależną – załącznik 2
- ☐ oświadczenie o znajdowaniu się w szczególnej sytuacji na rynku pracy – załącznik 3
- ☐ oświadczenie o przynależności do grupy z pierwszeństwem udziału w projekcie – załącznik 4
- ☐ zaświadczenie z PUP potwierdzające status osoby bezrobotnej
- ☐ kserokopię dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności
- ☐ inne _____

¹⁶ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć oświadczenie o znajdowaniu się w szczególnej sytuacji na rynku pracy.



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 zaświadczenia¹⁷:

- 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 społecznych¹⁸,
- 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 ¹⁹z tytułu.....²⁰

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.*

¹⁷ Należy wskazać jednoznacznie tylko jeden podpunkt poprzez skreślenie pozostałych.

¹⁸ (Dz. U. z 2020 r. poz. 266 ze zm.)

¹⁹ 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

²⁰ 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).



Załącznik 2 – oświadczenie o statusie bierności zawodowej w związku z koniecznością opieki nad osobą zależną

**OŚWIADCZENIE O POSIADANIU STATUSU OSOBY BIERNEJ ZAWODOWO W ZWIĄZKU Z
KONIECZNOŚCIĄ OPIEKI NAD OSOBAMI ZALEŻNYMI**

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,

iż jestem osobą bierną zawodowo w związku z koniecznością sprawowania opieki nad osob/ą(-ami)
zależn/ą (-ymi).

.....

miejsowość, data

.....

czytelny podpis



Załącznik 3 – oświadczenie o znajdowaniu się w szczególnej sytuacji na rynku pracy

OŚWIADCZENIE O ZNAJDOWANIU SIĘ W SZCZEGÓLNEJ SYTUACJI NA RYNKU PRACY

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 znajdującą się w szczególnej sytuacji na rynku pracy z uwagi na to, że jestem osobą:

- ☐ bezrobotną do 30 roku życia
- ☐ bezrobotną długotrwale
- ☐ bezrobotną powyżej 50. roku życia
- ☐ bezrobotną korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej
- ☐ bezrobotną posiadającą co najmniej jedno dziecko do 6. roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18. roku życia
- ☐ bezrobotną niepełnosprawną
- ☐ poszukującym pracy niepozostającym w zatrudnieniu lub niewykonującym innej pracy zarobkowej opiekunem osoby niepełnosprawnej, z wyłączeniem opiekunów osoby niepełnosprawnej pobierających świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, lub zasiłek dla opiekuna na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów

.....

miejsowość, data

.....

czytelny podpis



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.

.....

miejsceowość, data

.....

czytelny podpis