

**Wniosek osoby ubiegającej się o uczestnictwo w Ośrodku**

w ramach projektu realizowanego przez PBM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, 9 Osi Priorytetowej: Region Spójny Społecznie, Działanie 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.2 Usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa –ZIT

**I. Dane uczestnika:**

Imię i Nazwisko: ………………………………………………

PESEL:

Adres zamieszkania: ………………………………………………

Numer kontaktowy: ………………………………………………

Adres e-mail[[1]](#footnote-1): ………………………………………….

**II. Jestem zainteresowany/ a uczestnictwem w:**

* Ośrodku wsparcia dziennego dla seniorów 60+ z chorobą Picka, Wilsona i Huntingtona

**III. Dane opiekuna prawnego:** *(wypełnia opiekun prawny w przypadku ubezwłasnowolnienia osoby ubiegającej się o skierowanie)*

Imię i Nazwisko: ……………………………………………..

PESEL:

Adres zamieszkania: ……………………………………………..

Numer kontaktowy ……………………………………………..

Adres e-mail: ……………………………………………..

**IV. Oświadczenie/deklaracja udziału:**

* Ja, niżej podpisany/a ………………………………………………………………, zgłaszam chęć udziału w Ośrodku wsparcia dziennego dla seniorów 60+ z chorobą Picka, Wilsona i Huntingtona

w ramach projektu realizowanego przez PBM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ,  
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na latach 2014-2020.

* Oświadczam, że wyrażam chęć uczestnictwa w Ośrodku wsparcia dziennego dla seniorów 60+ z chorobą Picka, Wilsona i Huntingtona od poniedziałku do piątku w dni robocze, realizując tym samym wsparcie zaplanowane w placówce.
* Oświadczam, że wyrażam zgodę na spotkania z pracownikami Ośrodku wsparcia dziennego dla seniorów 60+ z chorobą Picka, Wilsona i Huntingtona w Krakowie w celu realizacji dalszych działań rekrutacyjnych.
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby projektu zgodnie z zapisami ustawy z dnia  
  29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

**Kryteria formalne niezbędne do zakwalifikowania uczestnika:**

* Oświadczam, iż zamieszkuje na terenie miasta Krakowa.
* Oświadczam, iż mam ukończone 60 lat życia.
* Oświadczam, iż choruję na :(odpowiednie zakreślić):
* Choroba Picka
* Choroba Wilsona
* Choroba Huntingtona
* Inne…………………………………………………..

…………………………………. ………………………………….

(miejscowość, data) podpis osoby składającej wniosek lub jej opiekuna prawnego

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Zaświadczenie lekarskie zawierające:

- określenie informacji o stanie zdrowia pacjenta niezbędnych w przypadku konieczności podjęcia działań terapeutycznych i opiekuńczych przez personel Ośrodka bądź udzielenia informacji służbom medycznym w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia,

- określenie dopuszczalnych form usprawnienia ruchowego uczestnika bądź ograniczeń w tym zakresie.

2. W przypadku ubezwłasnowolnienia osoby ubiegającej się o uczestnictwo do wniosku należy dołączyć

- zaświadczenie o ustanowieniu opiekuna prawnego.

3. Dokumentację medyczną potwierdzającą rozpoznanie choroby.

4. Na rozmowę rekrutacyjną wstawić się z dowodem osobistym.



**Część uzupełniana przez pracownika**

**Ośrodku wsparcia dziennego dla seniorów 60+ z chorobą Picka, Wilsona i Huntingtona:**

I. Potwierdzenie wpływu wniosku:

………………………………….. ….……………………….

Data podpis pracownika

II. Numer wniosku**:**

**………………………………………………………………………………………………**

III. Działania rekrutacyjne:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Działania | Podpis pracownika |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

IV. Zatwierdzenie wniosku przez Kierownika Projektu:

………………… ……………

Data podpis



**Ankieta do rozmowy rekrutacyjno-weryfikującej stan psychofizyczny uczestnika**.

1 Osoba spełnia kryteria formalne zawarte we wniosku:

* Tak
* Nie

2. Sytuacja zdrowotna kandydata:

* Bardzo dobra (osoba samodzielna, nie wymaga nadzoru) – 0
* 1
* 2
* 3
* 4
* Zła (znaczny i umiarkowany stopień niepełnosprawności) - 5

3.Sytuacja rodzinna:

* Bardzo dobra – 0
* 1
* 2
* 3
* 4
* Zła – 5

4.Sytuacja mieszkaniowa:

* Bardzo dobra – 0
* 1
* 2
* 3
* 4
* Zła – 5

5. Sytuacja ekonomiczna:

* Bardzo dobra – 0
* 1
* 2
* 3
* 4
* Zła – 5

………………….. …………………..

Data podpis lekarza



**Kwestionariusz pytań zamkniętych dla uczestnika:**

1. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem/wykluczeniem społecznym (osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej lub osobą z niepełnosprawnością lub osobą niesamodzielną lub osobą korzystającą z POPŻ):

* Tak – 1
* Nie – 0

1. Jestem osobą która doświadczyła wielokrotnego wykluczenia społecznego: (tzn. doświadczyłam więcej niż jednej z przesłanek z punktu p1 ankiety):
   * + Tak – 1
     + Nie – 0
2. Jestem osobą posiadającą znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności:
   * + Tak – 1
     + Nie – 0
3. Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną (osoba u której stwierdzono więcej niż jedną niepełnosprawność):
   * + Tak – 1
     + Nie – 0
4. Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi/otępiennymi/ruchowymi:

* Tak – 1
* Nie – 0

1. Jestem osobą obarczoną niepełnosprawnością intelektualną:
   * + Tak – 1
     + Nie – 0
2. Jestem osoba niepełnosprawną której dochód gospodarstwa domowego nie przekracza 150% własnego kryterium dochodowego:
   * + Tak – 1
     + Nie – 0
3. Korzystam z POPŻ 2014-20 (Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa 2014-2020):
   * + Tak- 1
     + Nie – 0
4. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem/wykluczeniem społecznym w związku z ROZ (Rewitalizacją Obszarów Zdegradowanych):
   * + Tak – 1
     + Nie – 0
5. Inne schorzenia:……………………
   * + Tak – 1
     + Nie – 0

1. W przypadku braku e-mail wpisać: Brak. [↑](#footnote-ref-1)