

Załącznik nr 1 do Regulaminu naboru i uczestnictwa w projekcie pn. „Servitum – służymy pomocą opiekunom i ich podopiecznym”

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU
„SERVITUM – SŁUŻYMY POMOCĄ OPIEKUNOM I ICH PODOPIECZNYM”
FEMP.06.21-IP.01-1192/24
w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027

WYPEŁNIA PRACOWNIK BIURA PROJEKTU:

NUMER IDENTYFIKACYJNY FORMULARZA	
DATA WPŁYWU FORMULARZA	
PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ FORMULARZ	

WYPEŁNIA KAŻDA OSOBA APLIKUJĄCA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:

PODSTAWOWE DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE			
IMIĘ:		NAZWISKO:	
PŁEĆ:	<input type="radio"/> KOBIETA <input type="radio"/> MĘŻCZYZNA	OBYWATELSTWO:	
PESEL:	_____	<input type="radio"/> BRAK PESEL	
DATA URODZENIA			
TELEFON KONTAKTOWY			
E-MAIL:			

MIEJSCE ZAMIESZKANIA¹			
WOJEWÓDZTWO:		POWIAT:	
GMINA:		MIEJSCOWOŚĆ:	
ULICA:		NUMER BUDYNKU/LOKALU:	
KOD POCZTOWY:		POCZTA:	
KRAJ:			
ADRES DO KORESPONDENCJI			
<i>(proszę wypełnić, jeśli jest inny niż miejsce zamieszkania):</i>			
WOJEWÓDZTWO:		POWIAT:	
GMINA:		MIEJSCOWOŚĆ:	
ULICA:		NUMER BUDYNKU/LOKALU:	
KOD POCZTOWY:		POCZTA:	
KRAJ:			

¹ Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny *Miejszem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.*

WYPEŁNIA KAŻDA OSOBA APLIKUJĄCA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:

A. KRYTERIA FORMALNE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE <i>(proszę zaznaczyć właściwe pola)</i>		
Jestem osobą zamieszkującą/pracującą/lub uczącą się – na terenie województwa małopolskiego.	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
Otrzymuję wsparcie równoległe z innych środków publicznych na realizację działań tożsamyh z tymi, o jakie się ubiegam w projekcie. <i>(lista równoległych programów dostępna jest na stronie www.sluzymypomoca.servitum.pl)</i>	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
Jestem osobą pełnoletnią, która nie jest zawodowym opiekunem medycznym (np. asystentem osób niepełnosprawnych lub opiekunem środowiskowym) i nie pobiera wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną opiekującą się osobą niesamodzielną w chwili przystąpienia do projektu. <i>(kryterium brane pod uwagę w przypadku rekrutacji opiekunów faktycznych)</i>	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. <i>(kryterium brane pod uwagę w przypadku rekrutacji osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu)</i>	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE

**WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE OSOBA APLIKUJĄCA DO PROJEKTU W
CHARAKTERZE OPIEKUNA NIEFORMALNEGO:**

B. KRYTERIA PREMIUJĄCE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE* (proszę zaznaczyć właściwe pola)		
Czy pełni Pan/i opiekę nad osobą niesamodzielną powyżej 3 lat?	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
Czy pełni Pan/i pełni opiekę nad osobą niesamodzielną krócej niż 3 miesiące?	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
Czy ukończył/a Pan/i 65 lat?	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
Czy posiada Pan/i orzeczenie o niepełnosprawności?	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
Jeśli tak, prosimy o zadeklarowanie posiadanego stopnia niepełnosprawności.	<input type="radio"/> stopień lekki <input type="radio"/> stopień umiarkowany <input type="radio"/> stopień znaczny	
Czy jest Pan/i osobą aktywną zawodowo?	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE

* w przypadku zakwalifikowania się do projektu osoby deklarującej wiek powyżej 65 lat, niepełnosprawność lub aktywność zawodową – wymagane będzie dostarczenie dokumentu potwierdzającego ten fakt (np. dowód osobisty, orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia, zaświadczenie od pracodawcy);

WYPEŁNIA KAŻDA OSOBA APLIKUJĄCA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:

C. KRYTERIA PREMIUJĄCE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE* <i>(proszę zaznaczyć właściwe pola)</i>		
Czy jest Pan/i osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności?	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
Czy jest Pan/i osobą z niepełnosprawnością sprzężoną?	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
Czy jest Pan/i osobą z chorobami psychicznymi?	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
Czy jest Pan/i osobą z niepełnosprawnością intelektualną?	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
Czy jest Pan/i osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)?	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
Czy jest Pan/i osobą korzystającą z programu Program Fundusze Europejskie Na Pomoc Żywnościową 2021–2027?	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
Czy jest Pan/i osobą zamieszkującą samotnie?	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE

* w przypadku zakwalifikowania się do projektu osoby deklarującej spełnienie określonego kryterium premiującego – wymagane będzie dostarczenie dokumentu potwierdzającego ten fakt (np. orzeczenie o niepełnosprawności, zaświadczenie lekarskie, zaświadczenia od instytucji udzielającej pomocy w ramach programu FE PŻ);

WYPEŁNIA KAŻDA OSOBA APLIKUJĄCA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:

**D. OCENA STOPNIA SAMODZIELNOŚCI OSOBY POTRZEBUJĄCEJ
WSPARCIA**

(proszę zaznaczyć właściwe pola)

I. STOPIEŃ PORUSZANIA SIĘ I PRZEMIESZCZANIA

a. transfer łożko-fotel (krzesło)/fotel (krzesło)- łożko:

- osoba niesamodzielna przemieszcza się samodzielnie (15 punktów)
- osoba niesamodzielna przemieszcza się asekurowany/a lub lekko wspomagany/a przez opiekuna/kę (10 punktów)
- osoba niesamodzielna przemieszcza z pomocą drugiej osoby lub sprzętu wspomagającego (5 punktów)
- osoba niesamodzielna jest leżący/a lub nie jest w stanie samodzielnie się przemieszczać (0 punktów)

b. poruszanie się:

- osoba niesamodzielna porusza się i przemieszcza samodzielnie (10 punktów)
- osoba niesamodzielna porusza się i przemieszcza z pomocą drugiej osoby lub sprzętu wspomagającego (5 punktów)
- osoba niesamodzielna nie porusza się samodzielnie (0 punktów)
- osoba niesamodzielna korzysta ze schodolazu, wózka inwalidzkiego lub podnośnika (0 punktów);

II. ZAŁATWIANIE POTRZEB FIZJOLOGICZNYCH

a. korzystanie z toalety:

- osoba niesamodzielna korzysta z toalety samodzielnie (10 punktów)
- osoba niesamodzielna wymaga wsparcia/asekuracji przy korzystaniu z toalety (5 punktów)
- osoba niesamodzielna używa pieluchomajtek (0 punktów)
- osoba niesamodzielna używa pampersów i nie korzysta z toalety (0 punktów)
- osoba niesamodzielna używa basenu/kaczki (0 punktów)

b. kontrolowanie zwieracza pęcherza moczowego:

- osoba niesamodzielna kontroluje oddawanie moczu (10 punktów)
- osoba niesamodzielna nie panuje nad oddawaniem moczu (0 punktów)

c. kontrolowanie zwieracza odbytu:

- osoba niesamodzielna kontroluje oddawanie stolca (10 punktów)
- osoba niesamodzielna nie panuje nad oddawaniem stolca (0 punktów)

III. WYKONYWANIE TOALETY

- osoba niesamodzielna myje się samodzielnie (10 punktów)
- osoba niesamodzielna wymaga pomocy/asekuracji przy wykonywaniu czynności higienicznych/kąpieli (5 punktów)
- osoba niesamodzielna wymaga wykonywania pełnej toalety/kąpieli przez opiekuna/kę (również z użyciem podnośnika) (0 punktów)

IV. SPOŻYWANIE POSIŁKÓW

- osoba niesamodzielną spożywa posiłki samodzielnie (10 punktów)
- osoba niesamodzielną wymaga pomocy w spożywaniu posiłków (5 punktów)
- osoba niesamodzielną wymaga karmienia przez opiekuna/kę (0 punktów)
- w przypadku osoby niesamodzielną występuje karmienie przez sondę (0 punktów)
- w przypadku osoby niesamodzielną występuje karmienie PEG (0 punktów)

V. UBIERANIE I ROZBIERANIE

- osoba niesamodzielną w pełni samodzielnie ubiera się i rozbiera (10 punktów)
- osoba niesamodzielną wymaga pomocy/wsparcia przy ubieraniu/rozbieraniu (5 punktów)
- osoba niesamodzielną nie ubiera się, ani nie rozbiera samodzielnie, potrzebuje kompleksowej pomocy opiekuna/ki (0 punktów)

SUMA UZYSKANYCH PUNKTÓW

**WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE OSOBA APLIKUJĄCA DO PROJEKTU W
CHARAKTERZE OPIEKUNA NIEFORMALNEGO:**

**E. FORMY WSPARCIA DOSTĘPNE W RAMACH PROJEKTU DLA
OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH**

Proszę zaznaczyć formy wsparcia dostępne w ramach projektu dla opiekunów nieformalnych, z których chciałby/łaby Pan/i wstępnie skorzystać.*

a) usługa opieki wytchnieniowej	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
b) pakiet szkoleń online dla opiekunów nieformalnych	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
c) pakiet szkoleń stacjonarnych dla opiekunów nieformalnych	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
d) odbycie spotkań edukacyjno-doradczych z pracownikami projektu	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
e) skorzystanie z usług wypożyczalni sprzętu medycznego	<input type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE

** ostateczna decyzja o chęci skorzystania z wybranych z form wsparcia zostanie podjęta po odbyciu rozmowy doradczej z pracownikiem projektu i stworzeniu Indywidualnej Ścieżki Wsparcia;*

.....
(MIEJSCOWOŚĆ, DATA) (CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/CZKI LUB OPIEKUNA PRAWNEGO)

OŚWIADCZENIE O ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ NIEZGODNYCH Z PRAWDĄ

Ja, niżej podpisany/a, świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że dane podane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

.....
(MIEJSCOWOŚĆ, DATA) (CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/CZKI LUB OPIEKUNA PRAWNEGO)



PYTANIA DOTYCZĄCE SPECJALNYCH POTRZEB POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU

Realizując niniejszy projekt pn. „Servitum – służymy pomocą opiekunom i ich podopiecznym” chcemy, aby był on dostępny i sprzyjał aktywnemu udziałowi każdego potencjalnego Uczestnika.

Chcielibyśmy dowiedzieć się, czy ma Pan/Pani szczególne potrzeby, które powinniśmy wziąć pod uwagę podczas realizacji projektu? Prosimy m.in. o wskazanie ograniczeń, które mogą negatywnie wpłynąć na Pana/Pani udział w projekcie, wskazanie preferowanych przez Pana/Panią metod komunikacji i ewentualnych szczególnych warunków, które ułatwiłyby Panu/Pani udział w projekcie np. wykorzystanie pętli indukcyjnej, udział psa asystującego, pomoc przy obsłudze sprzętu lub oprogramowania, konieczność zapewnienia transportu lub asysty.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....