



Załącznik Nr 1A

**FORMULARZ REKRUTACYJNY
DLA UP – OSÓB NIESAMODZIELNYCH Z ZESPOŁEM
DEMENTYWNYM/OTĘPIENNYM, W TYM CHOROBAŁ ALZHEIMERA (ZD/AD)**

Data wpływu

Data rejestracji

Nr identyfikacji

I. Dane osobowe

1.	Imię
2.	Nazwisko
3.	Pesel
4.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
5.	Wiek
6.	Data i miejsce urodzenia
7.	Adres zamieszkania/ przebywania	miejscowość: ulica: nr domu/lokalu: kod pocztowy:
	Telefon kontaktowy
	Adres e-mail
8.	Czy jesteś osobą aktywną zawodowo?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
9.	Jakie posiadasz wykształcenie?	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
10.	Czy jesteś osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>



11.	Czy korzystasz ze świadczeń pieniężnych/rzeczowych z pomocy społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
12.	Czy korzystasz z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
13.	Czy jesteś osobą samotnie gospodarującą? Jeśli tak, czy Twój dochód nie przekracza lub jest równy 150% kryterium dochodowego z ustawy o pomocy społecznej (u.p.s) tj. 1 051,50 zł?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
14.	Czy jesteś członkiem gospodarstwa domowego składającego się z minimum 2 osób? Jeśli tak, czy dochód na osobę w rodzinie jest niższy lub równy 150% kryterium dochodowego z ustawy o pomocy społecznej (u.p.s) tj. 792 zł?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
15.	Czy jesteś osobą niepełnosprawną? Jeśli tak, to jaki masz stopień niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Znaczny/I gr. inwalidzka <input type="checkbox"/> Umiarkowany/II gr. inwalidzka <input type="checkbox"/> Lekki/III grupa inwalidzka <i>Weryfikacja orzeczenia</i>
16.	Czy jesteś członkiem gospodarstwa domowego, w którym przebywają osoby rezygnujące z pracy w związku z koniecznością sprawowania opieki nad osobą niepełnosprawną lub niesamodzielną, w tym osobą z zaburzeniami demencyjnymi (ZD) lub chorobą Alzheimera (AD)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
17.	Czy jesteś osobą niesamodzielną tj. ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność masz trudności w samodzielnym wykonywaniu co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
18.	Czy jesteś osobą bezdomną lub wykluczoną z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>



19.	Czy jesteś osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
20.	Czy jesteś osobą odbywającą karę pozbawienia wolności objętą dozorem elektronicznym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
21.	Jaką masz diagnozę?	<input type="checkbox"/> chorobę Alzheimera (AD) <input type="checkbox"/> zaburzenia demencyjne (ZD) <i>Weryfikacja w dokumentacji medycznej</i>
22.	Czy oczekujesz na przyjęcie do Ośrodka Wsparcia Dziennego (OWD)/ Filii Ośrodka Wsparcia Dziennego (FOWD)? Jeśli tak, to ile czekasz na przyjęcie?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Powyżej 6 m-cy <input type="checkbox"/> Od 3 m-cy do 6 m-cy <input type="checkbox"/> Od 2 m-cy do 3 m-cy <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
23.	Czy korzystasz ze wsparcia OWD?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>

II. Oświadczenia:

1.	Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1950 z późn. zm.) przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że podane przeze mnie w formularzu rekrutacyjnym dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
2.	Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie, nie zgłaszam do niego zastrzeżeń i zobowiązuję się przestrzegać jego postanowień.
3.	W związku z przystąpieniem do Projektu Alzheimer - model usług społecznych dla osób niesamodzielnych w Kielcach oświadczam, że obecnie nie korzystam z tego samego wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Kielce, dnia.....

.....
(podpis kandydata/opiekuna prawnego)



III. Dołączone wymagane załączniki od Klienta

Nazwa załącznika	UWAGA! Po weryfikacji pole zaciemnione wypełnia pracownik MOPR			
	TAK	NIE DOTYCZY	TAK	NIE
1. Dokumenty osoby wypełniającej formularz				
1.1 Kserokopia* aktualnego dokumentu lekarza potwierdzającego diagnozę ZD/AD				
1.2 Kserokopia* dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność				
1.3 Kserokopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego dla osoby z ZD/AD				
2. Oświadczenia				
2.1 Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych				

**Kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną (np. notariusza) lub oryginał przedłożony do wglądu i poświadczony przez pracownika socjalnego MOPR lub pracownika OWD/FOWD (przed ostatecznym złożeniem formularza).*

IV. Dodatkowe informacje od pracownika OWD/FOWD

1. Numer decyzji o skierowaniu do OWD/FOWD
z dnia