



Załącznik Nr 1B

FORMULARZ REKRUTACYJNY
DLA UP – OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH 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	miejsowość: ulica: nr domu/lokalu: kod pocztowy:
	Telefon kontaktowy
	Adres e-mail
8.	Czy sprawujesz opiekę nad osobą ze zdiagnozowanym zespołem demencyjnym/ otępiennym, w tym chorobą Alzheimera?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Jeśli tak, to ile lat? Imię i nazwisko osoby z zaburzeniami demencyjnymi (ZD)/ chorobą Alzheimera (AD), której jesteś opiekunem faktycznym (OF)
9.	Stopień pokrewieństwa z osobą z ZD/AD	<input type="checkbox"/> córka, syn <input type="checkbox"/> mąż, żona <input type="checkbox"/> siostra, brat <input type="checkbox"/> inne, jakie.....



10.	<p>Czy jesteś osobą aktywną zawodowo?</p> <p>Jeśli tak, podaj wykonywany zawód oraz dane zakładu pracy.</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>wykonywany zawód</p> <p>miejsowość</p> <p>kod pocztowy</p> <p>adres</p> <p>nazwa zakładu</p> <p>.....</p>
11.	<p>Jakie posiadasz wykształcenie?</p>	<p><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</p>
12.	<p>Czy jesteś osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i></p>
13.	<p>Czy korzystasz ze świadczeń pieniężnych/rzeczowych z pomocy społecznej?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i></p>
14.	<p>Czy korzystasz z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i></p>
15.	<p>Czy jesteś osobą samotnie gospodarującą?</p> <p>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?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i></p>



16.	<p>Czy jesteś członkiem gospodarstwa domowego składającego się z minimum 2 osób?</p> <p>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?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i></p>
17.	<p>Czy jesteś osobą niepełnosprawną?</p> <p>Jeśli tak, to jaki masz stopień niepełnosprawności?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Znaczny/I gr. inwalidzka <input type="checkbox"/> Umiarkowany/II gr. inwalidzka <input type="checkbox"/> Lekki/III grupa inwalidzka</p> <p><i>Weryfikacja orzeczenia</i></p>
18.	<p>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 dementywnymi (ZD) lub chorobą Alzheimera (AD)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i></p>
19.	<p>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?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i></p>
20.	<p>Czy jesteś osobą bezdomną lub wykluczoną z dostępu do mieszkań?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i></p>
21.	<p>Czy jesteś osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i></p>
22.	<p>Czy jesteś osobą odbywającą karę pozbawienia wolności objętą dozorem elektronicznym?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i></p>



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

Nazwa załącznika	UWAGA! Po weryfikacji pole zaciemnione wypełnia pracownik MOPR			
	TAK	NIE DOTYCZY	TAK	NIE
1. Dokumenty osoby wypełniającej formularz				
1.1 Kserokopia* dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność				
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).*