Załącznik nr 1 do Regulamin rekrutacji i udziału w projekcie „Akademia 60+" w zakresie wsparcia usługami świadczonymi w Dziennym Domu Pomocy dla Osób Starszych

.....
miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wzór*

Imię i nazwisko ……

PESEL .....

Niniejszym zaświadczam, że ww. jest osobą potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na stan zdrowia/niepełnosprawność** wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

.....
podpis i pieczęć lekarza

***** dopuszcza się złożenie zaświadczenia na innym druku pod warunkiem zachowania tożsamych zapisów.
** niepotrzebne skreślić

Projekt „Akademia 60+" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014- 2020 Priorytet VIII „Integracja społeczna"; Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych

Załącznik nr 2 do Regulamin rekrutacji i udziału w projekcie „Akademia 60+" w zakresie wsparcia usługami świadczonymi w Dziennym Domu Pomocy dla Osób Starszych

ANKIETA REKRUTACYJNA

Szanowni Państwo,

W związku z ubieganiem się o objecie usługami świadczonymi stacjonarnie w Dziennym Domu Pomocy dla Osób Starszych w Jaśle w ramach projektu *„Akademia 60+”,* który jest realizowany przez Gminę Miasto Jasło/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaśle, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety.

Informacje wypełniane przez Beneficjenta:	
Data i godzina przyjęcia ankiety:	
Numer ankiety:	……/…… Numer kolejny/rok/
Podpis koordynatora/asystenta koordynatora projektu	

Dane podstawowe:		*Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o objecie usługami świadczonymi stacjonarnie w Dziennym Domu Pomocy dla Osób Starszych:*
		Data urodzenia:
		PESEL:
Dane teleadresowe/ miejsce zamieszkania:		*Ulica:*
		Nr domu/lokalu:
		Kod pocztowy, miejscowość:
		Województwo:
		Telefon kontaktowy:
		Adres poczty elektronicznej:
Informacje o Kandydacie/ Kandydatce		**Obecnie korzystam z innych projektów współfinansowanych z Unii Europejskiej:** □ tak (*kto* i *jakich* …… …… ……..) □ nie
		Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu: □ TAK □ NIE

		Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa: ☐ TAK ☐ NIE
		Posiadam orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważne: ☐ TAK ☐ NIE
		Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia[1]: ☐ TAK ☐ NIE
		Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną[2] oraz zaburzeniami psychicznymi, w tym niepełnosprawności intelektualnej i całościowymi zaburzeniami rozwojowymi: ☐ TAK ☐ NIE
		Mój dochód przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej: ☐ TAK ☐ NIE

Oświadczam, iż:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych na potrzeby rekrutacji. Administratorem moich danych osobowych jest **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaśle**, zwany dalej: „Administratorem". Kontakt do Administratora: tel. **13 446 43 28**, e-mail: **mopsjaslo@mopsjaslo.pl. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: iod@mopsjaslo.pl.** Podstawą prawną przetwarzania moich danych są przesłanki RODO z art. 6 pkt. 1 lit. a. Pełna klauzula informacyjna dostępna na stronie internetowej www.mopsjaslo.pl w zakładce ochrona danych osobowych.

Zobowiązuję się do przekazania (w terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału) Miejskiemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Jaśle informacji dotyczących mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie (zgodnie z zakresem danych określonych w załączniki nr 5 do Umowy o dofinasowanie Projektu).

Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne z prawdą.

Jasło, dnia …… ……

/Czytelny podpis/

[1] **Wielokrotne wykluczenie - rozumiane jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przesłanki z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj. m.in. ubóstwa, bezrobocia, niepełnosprawności, sieroctwa, długotrwałej lub ciężkiej choroby**

[2] **Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną – osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej rodzajów niepełnosprawności**

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/a ……. (*imię i nazwisko*), zamieszkały/a …….PESEL:…… oświadczam, że zapoznałem/am się z „Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „Akademia 60+" w zakresie wsparcia osób niesamodzielnych usługami świadczonymi w Dziennym Domu Pomocy dla Osób Starszych

……. .....
(data) (podpis)

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/a …….. (*imię i nazwisko*), zamieszkały/a …….PESEL:……

oświadczam, że zamieszkuję na terenie miasta Jasła w województwie podkarpackim.*

…….. ……..

(data) (podpis)

*Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą na podstawie art. 233 KK

Projekt „Akademia 60+" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014- 2020 Priorytet VIII „Integracja społeczna"; Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/a …….. (*imię i nazwisko*), zamieszkały/a …….PESEL:……

oświadczam, że ukończyłem/am 60 rok życia.*

…….. ……..

(data) (podpis)

*Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą na podstawie art. 233 KK

Projekt „Akademia 60+" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014- 2020 Priorytet VIII „Integracja społeczna"; Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/a …….. (*imię i nazwisko*), zamieszkały/a …….PESEL:…… oświadczam, że mój dochód przekracza/nie przekracza* 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej .**

…….. (data)

…….. (podpis)

*niewłaściwe skreślić

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą na podstawie art. 233 KK

Projekt „Akademia 60+" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014- 2020 Priorytet VIII „Integracja społeczna"; Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych

Jasło, dn. ……..

……

…….

Do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jaśle

Proszę o wydanie zaświadczenia potwierdzającego fakt korzystania / nie korzystania* z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa oraz, że podlegam / nie podlegam* wielokrotnemu wykluczeniu społecznemu.

…….
/podpis/

Projekt „Akademia 60+” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014- 2020 Priorytet VIII „Integracja społeczna”; Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych