

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU  
(OSOBA POTRZEBUJĄCA POMOCY W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU)**

<b>Nazwa projektodawcy:</b>
<b>Gmina Strumień / Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Strumieniu</b>
<b>Tytuł projektu:</b>
<b>Usługi społeczne w Gminie Strumieniu</b>

<b>Dane uczestnika</b>																									
Imię																									
Nazwisko																									
PESEL	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="12">zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL</td> </tr> </table>													zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL											
zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL																									
Wykształcenie (należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED)	ISCED 5-8 Wyższe																								
	ISCED 4 Policealne																								
	ISCED 3 Ponadgminazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa)																								
	ISCED 2 Gimnazjalne																								
	ISCED 1 Podstawowe																								
	ISCED 0 Brak																								

<b>Dane kontaktowe uczestnika</b>	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

## Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu

<b>Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy</b>	Tak		Nie	
Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy.				
<b>Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy</b>	Tak		Nie	
Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy.				
<b>W tym długotrwale bezrobotny</b>	Tak		Nie	
Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku: - Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy). - Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie.				
<b>Bierny zawodowo</b>	Tak		Nie	
Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).				
<b>W tym osoba ucząca się</b>	Tak		Nie	
<b>W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</b>	Tak		Nie	
<b>Osobą pracującą (niezależnie od rodzaju umowy)</b>	Tak		Nie	
Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo. Studenci, którzy są zatrudnieni (również na część etatu), powinni być wykazywani jako osoby pracujące.				
osoba pracująca w administracji rządowej				
osoba pracująca w administracji samorządowej				
inne				
osoba pracująca w MMŚP				
osoba pracująca w organizacji pozarządowej				
osoba prowadząca działalność na własny rachunek				
osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie				
<b>Zatrudniony w:</b>				
Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony				
<b>Wykonywany zawód:</b>				
Nauczyciel kształcenia zawodowego				
Nauczyciel kształcenia ogólnego				
Nauczyciel wychowania przedszkolnego				
Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego				

Pracownik instytucji rynku pracy	
Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	
Rolnik	
Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	
Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej	
Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	
Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej	
Instruktor praktycznej nauki zawodu	
Inny	

### Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu

(odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej)

#### Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaïmska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

Tak		Nie		Odmowa podania informacji	
-----	--	-----	--	---------------------------	--

#### Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)
2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)
3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)
4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

Tak		Nie	
-----	--	-----	--

#### Osoba z niepełnosprawnościami

Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. **osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.**

Tak		Nie		Odmowa podania informacji	
-----	--	-----	--	---------------------------	--

#### Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)

Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0.  
(Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia)

Tak		Nie		Odmowa podania informacji	
-----	--	-----	--	---------------------------	--

<b>Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia – kryteria obligatoryjne</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
--	------------	------------

<b>Oświadczam, że</b> (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):	jestem osobą zamieszkałą w woj. śląskim na terenie Gminy Strumień w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	jestem osobą potrzebującą pomocy w codziennym funkcjonowaniu <sup>1</sup> ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym <sup>2</sup> ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	jestem osobą samotną w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości; lub jestem osobą samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkały małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości; lub jestem osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić mi odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	przynależę do grupy docelowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Oświadczam, że</b> (proszę	<b>Kryterium pierwszeństwa</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>Jeśli tak</b>

**1** 5. Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

**2** Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:

- a. osoby korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- b. osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- c. osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- d. osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382, z późn. zm.);
- e. osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. 1991 Nr 95 poz. 425 z późn. zm.)
- f. osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.);
- g. członek rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;
- h. osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.);
- i. osoby potrzebujące pomocy w codziennym funkcjonowaniu ;
- j. osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- k. osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.



zaznaczyć właściwą odpowiedź):	mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) z ust. z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>40 pkt</b>
	<b>Kryteria premiujące</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>Jeśli tak</b>
	Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego, jako wykluczenie z powodu więcej niż 1 przesłanek, o których mowa w Regulaminie Projektu (§2 pkt 4) i zwalczania ubóstwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>10 pkt</b>
	Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności/ osobą z niepełnosprawnością sprzężoną/ osobą z niepełnosprawnością intelektualną/ osobą z zaburzeniami psychicznymi/ osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>10 pkt</b>
	Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>10 pkt</b>

#### Deklaracja uczestnictwa w projekcie:

Deklaruję uczestnictwo w projekcie „**Usługi społeczne w Gminie Strumień**” realizowanym przez Gminę Strumień w ramach Działania 09.02.05 Rozwój działań społecznych, Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

RODZAJ WSPARCIA		
Proszę wybrać rodzaj wsparcia, o które ubiega się kandydat:	<b>Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>Usługi asystenckie świadczone w miejscu zamieszkania<sup>3</sup></b>	<input type="checkbox"/>
	<b>Klub Seniora<sup>4</sup></b>	<input type="checkbox"/>
	<b>Miejsce w mieszkaniu wspomaganym</b>	<input type="checkbox"/>

.....  
 Miejscowość, data

.....  
 Podpis

#### OŚWIADCZENIA:

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że:

<sup>3</sup> Wsparcie kierowane do osób niepełnosprawnych

<sup>4</sup> Wsparcie kierowane do osób w wieku poprodukcyjnym tj. kobiety od 60 roku życia i mężczyźni od 65 roku życia



1. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie „**Usługi społeczne w gminie Strumień**” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych na stronie internetowej projektu [www.choceń.pl](http://www.choceń.pl).
2. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe.

.....  
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;

.....  
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie;

.....  
data i czytelny podpis

- Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;

.....  
data i czytelny podpis

Osoby z niepełnosprawnościami:



Zwracamy się z prośbą o podanie informacji dot. Państwa szczególnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności. Informacja posłuży do zidentyfikowania potrzeb w zakresie występujących barier architektonicznych, komunikacyjnych, technicznych, itp., które mogą utrudnić Państwu uczestnictwo w ramach projektu. Uzyskane informacje zostaną wykorzystane do poprawy jakości realizowanych działań w projekcie oraz do zapewnieniu Państwu pełnej dostępności form wsparcia świadczonego w ramach projektu.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Usługi społeczne w gminie Strumień” WND-RPSL.09.02.05-24-01AA/20-002 przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest *Zarząd Województwa Śląskiego*, z siedzibą przy ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice, adres email: [kancelaria@slaskie.pl](mailto:kancelaria@slaskie.pl), strona internetowa: [bip.slaskie.pl](http://bip.slaskie.pl).
- 2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych (inspektor ochrony danych), adres email: [daneosobowe@slaskie.pl](mailto:daneosobowe@slaskie.pl).
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane przez administratora w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności:
  - udzielenia wsparcia
  - potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
  - monitoringu
  - ewaluacji
  - kontroli
  - audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
  - sprawozdawczości
  - rozliczenia projektu
  - odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania
  - zachowania trwałości projektu
  - archiwizacji
  - badań i analiz.
- 4) Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej: RODO), wynikający z:
  - a) art. 125 i 126 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 – dalej: Rozporządzenie ogólne;
  - b) art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
- 5) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - Gmina Strumień / Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Strumieniu ul 1 Maja 18, 43-146 Strumień, partner projektu: Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych i Niesamodzielných, ul. Kminkowa 182 E / 2, 62-064 Plewiska
- 6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta, ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego, dostawcom systemów informatycznych i usług IT, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.





- 7) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
- 8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) Administrator danych osobowych, na mocy art. 17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
- 10) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
- 11) Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:

- 1) W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem\*.
- 2) W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem\*.
- 3) Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluację/analizę/ekspertyzę na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta.

.....

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

.....

*CZYTELNY PODPIS  
UCZESTNIKA PROJEKTU\*\**

\*Niepotrzebne skreślić (wykreśla Beneficjent w zależności od ogłoszonego konkursu).

\*\*W przypadku uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

## **ZAŁĄCZNIKI (proszę zaznaczyć właściwe):**

<b>Załącznik</b>	
------------------	--



Oświadczenie uczestnika projektu o potrzebie pomocy w codziennym funkcjonowaniu	
Zaświadczenie o dochodach i/lub inne dokumenty potwierdzające dochód na osobę samotnie gospodarującą, osobę w rodzinie lub rodzinę. <sup>5</sup> (dotyczy osób, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) z ust. z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej)	
Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności bądź innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia – <i>(dotyczy osób z niepełnosprawnościami, w tym osób chorych psychicznie lub niesprawnych intelektualnie)</i>	
Pisemna zgoda rodziców/opiekunów prawnych na uczestnictwo w Projekcie – <i>(dot. osób niepełnoletnich i ubezwłasnowolnionych)</i>	
Upoważnienie do dokonywania w imieniu uczestnika projektu i na jego rzecz czynności formalnych związanych z udziałem w projekcie <i>(dotyczy uczestników projektu, którzy ze względu na swój stan zdrowia nie są w stanie składać samodzielnie oświadczeń)</i>	
Zaświadczenie lekarskie o możliwości mieszkania bez konieczności zapewnienia całodobowej opieki. W przypadku osób chorujących psychicznie lub niesprawnych intelektualnie niezbędne jest zaświadczenie lekarskie od lekarza prowadzącego, w tym lekarza rodzinnego, a w przypadku niepełnosprawnych skojarzonych i chorób współistniejących lekarza specjalistę oraz opinii psychologa o osobie przyjmowanej. <i>(dotyczy osób kierowanych do mieszkania wspomaganego)</i>	

### „Usługi społeczne w gminie Strumień”

NrWND-RPSL.09.02.05-24-01AA/20-002 w ramach Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

Oś Priorytetowa 9 Włączenie społeczne  
Działanie 9.3.2 Rozwój usług społecznych

<sup>5</sup> Zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: „Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszoną o: 1) miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych; 2) składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach; 3) kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób”.



## Oświadczenie o potrzebie pomocy w codziennym funkcjonowaniu

Imię i nazwisko .....

ur. dnia .....roku w .....

Niniejszym oświadczam, iż jestem osobą potrzebującą pomocy w codziennym funkcjonowaniu tj. osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

*Oświadczam, że zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.*

\_\_\_\_\_

*Data*