

Załącznik nr 1

**Formularz rekrutacyjny Osoby Niepełnosprawnej do projektu  
„Program rozwoju systemu usług asystenckich na terenie powiatu  
ząbkowickiego”.**

<b>Realizator</b>	<b>Fundacja Razem ul. Beethovena 1-2, 58 – 300 Wałbrzych</b>
<b>Partner Projektu</b>	<b>Forum Aktywności Lokalnej ul. Ludowa 1c, 58-304 Wałbrzych</b>
<b>Tytuł/nr projektu</b>	<b>„Program rozwoju systemu usług asystenckich na terenie powiatu ząbkowickiego” WND - RPDS.09.02.01-02-0008/16-00</b>
<b>Priorytet</b>	<b>9. Włączenie Społeczne</b>
<b>Działanie</b>	<b>9.2 Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych</b>
<b>Poddziałanie</b>	<b>Nie dotyczy</b>
<b>Numer rekrutacyjny</b>	

**UWAGA:**

1. Formularz do projektu powinien być wypełniony elektronicznie lub odręcznie w sposób czytelny oraz powinien być podpisany w miejscach do tego wskazanych.
2. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę (obok skreślenia) a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
3. Każde pole formularza powinno zostać wypełnione, w przypadku gdy dane pole nie dotyczy Kandydata, należy umieścić adnotację „nie dotyczy”.
4. Przed złożeniem wypełnionego formularza Kandydat powinien zapoznać się z regulaminem Uczestnictwa w projekcie pn. „Program rozwoju systemu usług asystenckich na terenie powiatu ząbkowickiego”



Dane Uczestnika/Uczestniczki																			
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><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		
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																
Miejsce zamieszkania:																			
Województwo:																			
Powiat:																			
Gmina:																			
Miejscowość:			Kod pocztowy:																
Obszar	<input type="checkbox"/> miejski		<input type="checkbox"/> wiejski <sup>1</sup>																
Ulica:																			
Nr budynku:		Nr lokalu:																	
Telefon kontaktowy:																			
Adres e-mail																			
Status Uczestnika/Uczestniczki projektu w chwili przystąpienia do projektu																			
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym zakwalifikowana do:																	
	<b>w tym:</b>	<input type="checkbox"/> I profilu pomocy <input type="checkbox"/> II profilu pomocy <input type="checkbox"/> III profilu pomocy <input type="checkbox"/> brak profilu  <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> inne.....																	

<sup>1</sup> zamieszkanie na terenie : Dzierżoniów (gmina wiejska), Łagiewniki, Niemcza, Bystrzyca Kłodzka, Kłodzko (gmina wiejska), Łądek-Zdrój, Lewin Kłodzki, Międzylesie, Nowa Ruda (gmina wiejska), Radków, Stronie Śląskie, Szczytna, Dobromierz, Jaworzyna Śląska, Marcinowice, Strzegom, Świdnica (gmina wiejska), Żarów, Czarny Bór, Mieroszów, Stare Bogaczowice, Walim, Bardo, Ciepłowody, Kamieniec Żąbkowicki, Stoszowice, Żąbkowice Śląskie (gmina wiejska), Ziębice, Złoty Stok

<sup>2</sup> Osoba długotrwale bezrobotna to osoba pozostająca bez zatrudnienia w okresie nie krótszym niż 6 miesięcy w przypadku osób do 24 roku życia i osoba pozostająca bez zatrudnienia w okresie nie krótszym niż 12 miesięcy w przypadku osób powyżej 24 roku życia



	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <b>w tym:</b>	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <b>w tym:</b>	<input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w MMŚP (mikro, małych, średnich przedsiębiorstwach) <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne
	Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny, jaki?	

<sup>3</sup> Osoba bierna zawodowo — to osoby w wieku 15 lat i więcej, które nie zostały zaklasyfikowane jako pracujące lub bezrobotne, tzn. osoby, które w okresie badanego tygodnia:  
 — nie pracowały i nie poszukiwały pracy,  
 — nie pracowały i poszukiwały pracy, ale nie były gotowe do jej podjęcia w ciągu dwóch tygodni następujących po tygodniu badanym,  
 — nie pracowały i nie poszukiwały pracy, ponieważ miały pracę załatwioną i oczekiwały na jej rozpoczęcie w okresie:  
 • dłuższym niż 3 miesiące,  
 • do 3 miesięcy, ale nie były gotowe tej pracy podjąć.



Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Osoba z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
rodzaj niepełnosprawności <sup>4</sup> :	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> sprzężona	
W przypadku osoby z niepełnosprawnością prosimy o informacje dotyczące posiadanego orzeczenie o niepełnosprawności i/lub zdolności do pracy	Zakład Ubezpieczeń Społecznych:  <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie	Powiatowy zespół orzekania o niepełnosprawności:  <input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu lekkim <input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym <input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu znacznym
Osoba z zaburzeniami psychicznymi W przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi nie posiadającymi orzeczenia o niepełnosprawności dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

<sup>4</sup> Jeśli dotyczy

<p>Dziecko/dzieci z niepełnosprawnością. W przypadku dziecka/dzieci z niepełnosprawnością oświadczenie rodzica/opiekuna oraz orzeczenie o niepełnosprawności (jeżeli takie posiada) lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia kwalifikujący dane dziecko do objęcia wsparciem asystenckim</p>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<p>Ocena stopnia niepełnosprawności w ramach skali KATZA</p>	<input type="checkbox"/> Osoba sprawna <input type="checkbox"/> Osoba umiarkowanie niesprawna <input type="checkbox"/> Osoba znacznie niesprawna	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba niepełnosprawna fizycznie poruszająca się na wózku inwalidzkim, o kulach lub mająca trudności w samodzielnym poruszaniu się,</li> <li><input type="checkbox"/> osoba z orzeczoną niepełnosprawnością z tytułu wzroku – niewidoma lub niedowidząca w stopniu uniemożliwiającym swobodne poruszanie się w terenie,</li> <li><input type="checkbox"/> osoba niepełnosprawna, która ze względu stan zdrowia nie może samodzielnie poruszać się w środowisku,</li> <li><input type="checkbox"/> dziecko/dzieci z niepełnosprawnością, wymagające stałej opieki rodziców/opiekunów prawnych,</li> <li><input type="checkbox"/> osoba niepełnosprawna samotnie zamieszkująca, nie mająca wystarczającego wsparcia ze strony rodziny i osób bliskich.</li> </ul>		
<p><b>Informacje dodatkowe na temat niepełnosprawności/trudności wynikające z niepełnosprawności</b></p>		
<p>podczas wykonywania czynności domowych</p>	<input type="checkbox"/> Tak, jakie?	<input type="checkbox"/> Nie
<p>w korzystaniu ze środków lokomocji i przemieszczaniu się</p>	<input type="checkbox"/> Tak, jakie?	<input type="checkbox"/> Nie
<p>w korzystaniu z dostępnych na rynku form wsparcia w zakresie różnego rodzaju rehabilitacji</p>	<input type="checkbox"/> Tak, jakie?	<input type="checkbox"/> Nie



przy załatwianiu spraw w urzędach, ośrodkach zdrowia itp. ...	<input type="checkbox"/> Tak, jakie?	<input type="checkbox"/> Nie
w kontaktach z innymi ludźmi – rodzina, znajomi itp.	<input type="checkbox"/> Tak, jakie?	<input type="checkbox"/> Nie
w korzystaniu z różnych źródeł informacji, czytanie, prowadzenie korespondencji itp.	<input type="checkbox"/> Tak, jakie?	<input type="checkbox"/> Nie
w korzystaniu z oferty edukacyjnej, kulturalnej, sportowej, turystycznej	<input type="checkbox"/> Tak, jakie?	<input type="checkbox"/> Nie
w wykonywaniu pracy zawodowej	<input type="checkbox"/> Tak, jakie?	<input type="checkbox"/> Nie
<b>Sytuacja rodzinna</b>		
Kto wspiera Panią/Pana w radzeniu sobie z codziennymi czynnościami	<input type="checkbox"/> rodzice <input type="checkbox"/> współmałżonek <input type="checkbox"/> dzieci <input type="checkbox"/> rodzeństwo <input type="checkbox"/> pracownicy instytucji, jakiej?..... <input type="checkbox"/> inne osoby, jakie?..... <input type="checkbox"/> Nikt mnie nie wspiera	
Czy chciałaby pani dodać jeszcze jakieś informacje na temat Pana/Pani potrzeb, problemów rodzinnych	<input type="checkbox"/> Tak ..... ..... ..... <input type="checkbox"/> Nie	

Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<b>w tym:</b>	osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego <sup>6</sup>	
	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Przedstawiciel środowiska lub lokalnej społeczności zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych; <b>wypełnia realizator projektu</b>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami lub osoba niesamodzielna której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej * 951 zł netto * 771 zł netto	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<b>Aktywność społeczna</b>		
Czy ma Pan/Pani jakieś zainteresowania/hobby, co lubi Pan/Pani robić w wolnym czasie?	<input type="checkbox"/> Tak, jakie?.....	
	<input type="checkbox"/> Nie mam	
Czy uczestniczy Pan/Pani w życiu kulturalnym (teatr, opera, kino, muzeum itp...) turystyce, sporcie?	<input type="checkbox"/> Tak	
	<input type="checkbox"/> Nie	

<sup>5</sup> Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem to: a) osoby lub rodziny 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 (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 163); b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 43, poz. 225, z późn. zm.); 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 (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 332, z późn. zm.); 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 (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 382); 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. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, 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 (t.j. 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 (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375); g) 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 (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.); i) osoby niesamodzielne przez które rozumie się osoby, które ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego; 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 PO PŻ.

<sup>6</sup> osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z więcej niż 1 powodu opisanego w przypisie <sup>5</sup>

Czy chciałby/aby Pan/Pani gdyby Pan/Pani mogła/mógł uczestniczyć w życiu kulturalnym, turystyce, sporcie? (Teatr, opera, kino, wystawy/muzea/galerie, koncerty, wycieczki, zajęcia sportowe, kółka zainteresowań, inne....)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak, w jakich?.....
Czy uczestniczy Pan/Pani w spotkaniach, działaniach społecznych?	<input type="checkbox"/> Tak, w jakich? <input type="checkbox"/> Nie
Czy jest Pan/Pani członkiem organizacji, stowarzyszeń, grup samopomocowych, grup wsparcia?	<input type="checkbox"/> Tak, jakich? <input type="checkbox"/> Nie
Czy chciałby/aby Pan/Pani zwiększyć swoją aktywność społeczną?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Co mogłoby Panu/Pani pomóc w zwiększeniu uczestnictwa w życiu społecznym?</b>	
<input type="checkbox"/> Wsparcie w określeniu moich zainteresowań „co mogę robić”? <input type="checkbox"/> Informacje na temat dostępnych form aktywności społecznej <input type="checkbox"/> Pomoc w znalezieniu interesujących mnie form aktywności społecznej <input type="checkbox"/> Wsparcie w nawiązaniu kontaktu z organizacjami/instytucjami działającymi na polu społecznym (np. stowarzyszenia, grupy samopomocowe, kółka zainteresowań itp.) <input type="checkbox"/> Pomoc w załatwieniu formalności w urzędach/innych instytucjach <input type="checkbox"/> Pomoc w nauce wykonywania czynności w domu <input type="checkbox"/> Motywowanie do działania <input type="checkbox"/> Pomoc w organizacji czasu wolnego <input type="checkbox"/> Wsparcie w nawiązywaniu kontaktów z innymi ludźmi <input type="checkbox"/> Pomoc w wyjściu z domu i przemieszaniu się poza nim - asystent <input type="checkbox"/> Treningi umiejętności społecznych (np. asertywność, komunikacja) <input type="checkbox"/> Wsparcie psychologa w radzeniu sobie z trudną sytuacją osobistą	





pomoc w przekonaniu mojej rodziny do tego, że mogę być bardziej aktywny/a

inne, jakie? .....

.....  
.....  
.....

Osoba przebywająca  
w gospodarstwie domowym bez osób  
pracujących

Tak

Nie

**w tym:**

**(wypełnić w przypadku, gdy w  
poprzednim pytaniu udzielono  
odpowiedzi: TAK)**

w gospodarstwie domowym z dziećmi  
pozostającymi na utrzymaniu

Tak

Nie

Osoba żyjąca w gospodarstwie bez osób  
pracujących, składającym się z jednej  
osoby dorosłej i dzieci pozostających na  
utrzymaniu

Tak

Nie

**Czy chciałby/aby Pan/Pani dodać jeszcze jakieś informacje na temat Pana/Pani potrzeb/problemów społecznych?**

Tak

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Nie

Czy jest pani zainteresowana wsparciem w zakresie?

- |   |      |      |
|---|------|------|
| <input type="checkbox"/> Transportu                             | TAK* | NIE* |
| <input type="checkbox"/> Dowozu leków                           | TAK* | NIE* |
| <input type="checkbox"/> Wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego | TAK* | NIE* |
| <input type="checkbox"/> Wsparcia w zakresie poradnictwa        | TAK* | NIE* |

\* właściwe podkreślić

Oświadczam, że podane przeze mnie powyższe dane, jak również dane zawarte w innych dokumentach dotyczących projektu „Program rozwoju systemu usług asystenckich na terenie powiatu ząbkowickiego” są zgodne z prawdą.

Oświadczam też, że zostałem/-am pouczone/-a oraz jestem świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....

miejsowość i data

.....

podpis Kandydata/ki projektu lub rodzica/ opiekuna prawnego<sup>7</sup>

<sup>7</sup> dotyczy rodzica/opiekuna prawnego