



Mój drugi dom

- zapewnienie wsparcia dla osób niesamodzielnym w dziennych domach pomocy we Wrocławiu

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY	
Numer Wniosku:	
CZĘŚĆ 1 DANE KANDYDATA	
Imię/imiona	Pesel
Nazwisko	Data urodzenia
Płeć	
POZIOM WYKSZTAŁCENIA	
	Proszę wybrać jeden wariant zaznaczając X
niższe niż podstawowe	
podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)	
gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	
ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)	
policealne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły policealnej)	
wyższe (pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym m.in.: licencjat, tytuł mgr, inż., doktorat)	
DANE KONTAKTOWE	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Województwo	Powiat
Gmina	
Ulica	nr budynku nr lokalu
kod pocztowy	Miejscowość
telefon kontaktowy	
adres e-mail	





Mój drugi dom

- zapewnienie wsparcia dla osób niesamodzielnym w dziennych domach pomocy we Wrocławiu

ADRES KORESPONDENCYJNY

(PROSZĘ WYPEŁNIĆ TYLKO JEŚLI JEST INNY NIŻ ZAMIESZKANIA)

Województwo Powiat

Gmina Miejscowość

Ulica nr budynku nr lokalu

kod pocztowy Miejscowość

STATUS NA RYNKU PRACY

W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

(WYPEŁNIAJĄ TYLKO OSOBY PRACUJĄCE)

Oświadczam, że w chwili przystąpienia do Projektu jestem

OSOBĄ PRACUJĄCĄⁱ

Wykonywany zawód

Zatrudniony w (nazwa i adres firmy)

w tym:

**Proszę wybrać
właściwe
zaznaczając
X**

prowadzę działalność na własny rachunek

jestem zatrudniony/a w administracji rządowej

jestem zatrudniony/a w administracji samorządowej

jestem zatrudniony/a w dużym przedsiębiorstwieⁱⁱ

jestem zatrudniony/a w średnim przedsiębiorstwieⁱⁱⁱ (zatrudniają mniej niż 250 pracowników, roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR)

jestem zatrudniony/a w małym przedsiębiorstwie^{iv}

jestem zatrudniony/a w mikroprzedsiębiorstwie^v

jestem zatrudniony/a w organizacji pozarządowej

jestem rolnikiem/rolniczką





Mój drugi dom

- zapewnienie wsparcia dla osób niesamodzielnych w dziennych domach pomocy we Wrocławiu

WYPEŁNIAJĄ TYLKO OSOBY, KTÓRE NIE WSKAZAŁY STATUSU OSOBY PRACUJĄCEJ			
Oświadczam, że w chwili przystąpienia do Projektu jestem:			Proszę wybrać właściwe zaznaczając X
Osobą bierną zawodowo ^{vi}			
Osobą bierną zawodowo, nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu			
Osobą bezrobotną ^{vii} , zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy (dokument potwierdzający - zaświadczenie z PUP)			
Osobą bezrobotną, niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy			
Osobą długotrwale bezrobotną ^{viii}			
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU SZCZEGÓLNA SYTUACJA		Proszę wybrać właściwe zaznaczając X	
		TAK	NIE
		ODMOWA PODANIA DANYCH	
Jestem osobą obcego pochodzenia/ należącą do mniejszości (w tym społeczności marginalizowanej)/ migrantem			
Jestem osobą z niepełnosprawnościami (osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)			
Jestem osobą należącą do innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej ^{ix}			
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań			NIE DOTYCZY



Mój drugi dom
- zapewnienie wsparcia dla osób niesamodzielnych w dziennych domach pomocy we Wrocławiu

CZĘŚĆ 2 MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU W PROJEKCIE (KRYTERIA WŁĄCZENIA) ABY ZAKWALIFIKOWAĆ SIĘ DO UDZIAŁU W PROJEKCIE MUSI PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERIA WŁĄCZENIA	
Oświadczam, że w chwili przystąpienia do Projektu:	Proszę potwierdzić zaznaczając X
Mieszkam we Wrocławiu	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą niesamodzielną z powodu: wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności wymagam opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą lub moja rodzina jesteśmy zagrożeni ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczamy wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 (współwystępowanie różnych przesłanek) Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/>
CZĘŚĆ 3 KRYTERIA PREMIUJĄCE	
<p>JEŚLI NALEŻY PAN/PANI DO GRUPY OSÓB PREFEROWANYCH DO OBJĘCIA WSPARCIEM TO OTRZYMA PAN/PANI DODATKOWE PUNKTY W PROCESIE REKRUTACJI.</p> <p>W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW KONIECZNE JEST PRZEDSTAWIENIE STOSOWNYCH DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH ZASADNOŚĆ PRYZNANIA DODATKOWYCH PUNKTÓW (DOKUMENTY POŚWIADCZAJĄCE PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY OSÓB PREFEROWANYCH WYMIENIONO W NAWIASIE).</p> <p>(SZCZEGÓŁOWY OPIS GRUP PREFEROWANYCH ZNAJDZIE PAN/PANI W REGULAMINIE REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE PN.: <i>MÓJ DRUGI DOM - ZAPEWNIENIE WSPARCIA DLA OSÓB NIESAMODZIELNYCH W DZIENNYCH DOMACH POMOCY WE WROCŁAWIU</i>)</p>	

Mój drugi dom

- zapewnienie wsparcia dla osób niesamodzielnych w dziennych domach pomocy we Wrocławiu

<p>Oświadczam, że w chwili przystąpienia do Projektu jestem:</p>	<p>Proszę wybrać właściwe zaznaczając X</p>
<p>Osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) zgodnie z ustawą o pomocy społecznej (posiadam zaświadczenie z właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium) (5 pkt)</p>	
<p>Osobą z niepełnosprawnościami (posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia, np. orzeczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi) (5 pkt)</p>	
<p>Osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (posiadam zaświadczenie z właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium) (5 pkt)</p>	
<p>Mężczyzną (1 pkt)</p>	
<p>CZĘŚĆ 4 INFORMACJA O KANDYDACIE NA UCZESTNIKA PROJEKTU</p>	
<p>Jeśli korzysta Pan/Pani z pomocy w ramach istniejącego systemu pomocy społecznej – w szczególności PO PŻ^x proszę o informację w jakim zakresie:</p>	
<p>CZĘŚĆ 5</p>	
<p>POTRZEBY SPECJALNE, WYNIKAJĄCE Z ORZECZONEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</p>	<p>Proszę wybrać właściwe zaznaczając X</p>
<p>Wydłużony czas wsparcia (wynikający z konieczności np.: wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust)</p>	
<p>Alternatywne formy przygotowania materiałów/dokumentów projektowych (np.: wersje w druku powiększonym)</p>	
<p>Dostosowanie posiłków (uwzględnienie specyficznych potrzeb żywieniowych wynikających z niepełnosprawności)</p>	
<p>Inne</p>	

Mój drugi dom
- zapewnienie wsparcia dla osób niesamodzielnych w dziennych domach pomocy we Wrocławiu

Załączniki:	
Proszę zaznaczyć X w przypadku złożenia dokumentu	
Zaświadczenie z Urzędu Pracy potwierdzające status na rynku pracy – dotyczy wyłącznie osób bezrobotnych zarejestrowanych w ewidencji urzędu pracy i długotrwale bezrobotnych zarejestrowanych w ewidencji urzędu pracy	
Zaświadczenie z właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium – dotyczy wyłącznie osób, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) zgodnie z ustawą o pomocy społecznej	
Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub innego dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność – dotyczy wyłącznie osób z niepełnosprawnością	
Zaświadczenie z właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej – dotyczy wyłącznie osób korzystających z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	
Inne.....	
.....
Miejscowość i data	Czytelny podpis uczestnika Projektu lub opiekuna prawnego
WYPEŁNIA BIURO PROJEKTU	
.....
Data wpływu formularza zgłoszeniowego	Podpis osoby przyjmującej i weryfikującej formularz zgłoszeniowy

ⁱ Osoba w wieku 15 lat i więcej, która wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie, z której czerpie zyski lub korzyści rodzinne lub osoba posiadająca zatrudnienie lub własną działalność, która jednak chwilowo nie pracuje ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie

ⁱⁱ Oznacza przedsiębiorstwo, które nie kwalifikuje się do żadnej z niżej wymienionych kategorii przedsiębiorstwa

ⁱⁱⁱ Przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 pracowników, których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR

^{iv} Przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników, którego roczny obrót i/lub roczna suma bilansowa nie przekraczają 10 milionów EUR

^v Przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników, którego roczny obrót i/lub roczna suma bilansowa nie przekraczają 2 milionów EUR. W kategorii mikroprzedsiębiorstwa należy uwzględnić również osoby prowadzące działalność na własny rachunek.

^{vi} To osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne); Osobę w wieku emerytalnym (w tym osobę, która osiągnęła wiek emerytalny, ale nie pobiera świadczeń emerytalnych) oraz osobę pobierającą emeryturę lub rentę, która spełnia warunki definicji wskaźnika dot. osób bezrobotnych objętych wsparciem (tj. pozostaje bez pracy, jest gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukuje zatrudnienia) należy traktować jako bezrobotną

^{vii} Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia

^{viii} Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy)

^{ix} Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej należy zawsze uwzględniać wskazane poniżej grupy: – osoby z wykształceniem na poziomie niższym niż podstawowym - ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu co najmniej podstawowego - ISCED 1) i będące poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu podstawowego - ISCED 1 – byli więźniowie, – narkomani, – osoby bezdomne i wykluczone z dostępu do mieszkań, – osoby z obszarów wiejskich (wg stopnia urbanizacji DEGURBA 3).

^x Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa



Biuro Projektu: Miejskie Centrum Usług Socjalnych we Wrocławiu
ul. Mączna 3, 54-131 Wrocław
telefon: +48 71 376 99 00, faks: +48 71 376 99 05, mcus@mcus.pl