|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu\*: |  |

**\*Wypełnia Biuro projektu**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE   
„Bydgoski Dzienny Dom Pobytu "Virtus" - II edycja”**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wybrany rodzaj wsparcia: | Usługa opiekuńcza w DDP  Usługa opiekuńcza w miejscu zamieszkania | | | | |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE** | | | | | |
| Imię (imiona) |  | | PESEL |  | |
| Nazwisko |  | | Płeć | Kobieta  Mężczyzna | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA[[1]](#footnote-1)** | | | | | |
| Ulica |  | | | | |
| Numer domu |  | | Numer lokalu |  | |
| Miejscowość |  | | Kod pocztowy |  | |
| Gmina |  | | Powiat |  | |
| Województwo |  | | | | |
| Telefon stacjonarny |  | | Telefon komórkowy |  | |
| Adres e-mail |  | | | | |
| **DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ (JEŚLI DOTYCZY)** | | | | | |
| Imię i nazwisko |  | | | | |
| Adres zamieszkania |  | | | | |
| Nr telefonu |  | | | | |
| Adres e-mail |  | | | | |
| **OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDATKI DOTYCZĄCE KRYTERIÓW UDZIAŁU W PROJEKCIE** | | | | | |
| Oświadczam, że spełniam definicję osoby potrzebującej wsparcia  w codziennym funkcjonowaniu z powodu niepełnosprawności | | | TAK  NIE | | |
| W przypadku zaznaczenia TAK należy dołączyć do formularza orzeczenie o niepełnosprawności | | |
| Oświadczam, że spełniam definicję osoby potrzebującej wsparcia  w codziennym funkcjonowaniu z powodu stanu zdrowia | | | TAK  NIE | | |
| W przypadku zaznaczenia TAK należy co do zasady dołączyć do formularza zaświadczenie lekarskie. W przypadku braku takiego zaświadczenia wymagane jest załączenie stosownego oświadczenia uczestnika z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń | | |
| Oświadczam, że jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe spośród wskazanych poniżej przesłanek zagrożenia /wykluczenia społecznego): | | | TAK  NIE | | |
| |  | | --- | | 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*  osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;  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;  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.);  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 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.);  osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu *Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans  i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020*;  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;  osoby, dla których ustalono III profil pomocy zgodnie z *ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.);  osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;  osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;  osoby odbywające kary pozbawienia wolności;  osoby korzystające z PO PŻ. | | | | | | |
|  | | | | | |
| **OŚWIADCZENIA DODATKOWE O KANDYDACIE/KANDYDATCE** | | | | | |
| Oświadczam, że: | | **Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe** | | **Dokument wymagany na potwierdzenie** | |
| mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) | | TAK  NIE | | oświadczenie Kandydata zawarte  w formularzu - Beneficjent ma prawo zweryfikować tę kwestię w oparciu  o dokumentację (np. PIT, zaśw. o dochodach  z tytułu renty, emerytury, wywiad w MOPS) | |
| doświadczam wielokrotnego wykluczenia społecznego[[2]](#footnote-2) | | TAK  NIE | | oświadczenia lub zaświadczenia,  w przypadku osób z niepełnosprawnościami  - orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | |
| jestem osobą niepełnosprawną ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności | | TAK  NIE | | orzeczenie o stopniu niepełnosprawność | |
| jestem osobą niepełnosprawną z niepełnosprawnością  sprzężoną lub osobą z zaburzeniami psychicznymi,  w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną lub osobą  z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób  i Problemów Zdrowotnych) | | TAK  NIE | | orzeczenie o stopniu niepełnosprawności  lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza | |
| korzystam z PO PŻ (indywidualnie lub jako rodzina),  o ile zakres wsparcia w projekcie nie jest tożsamy z zakresem wsparcia w PO PŻ | | TAK  NIE | | oświadczenie lub inny dokument potwierdzający korzystanie z Programu | |
| zamieszkuję na obszarach objętych programem rewitalizacji uwzględnionych w wykazie programów rewitalizacji prowadzonym przez IZ RPO zgodnie z Wytycznymi w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020 | | TAK  NIE | | oświadczenie Kandydata zawarte  w formularzu | |
| **OŚWIADCZENIA OBLIGATORYJNE W PRZYPADKU USŁUG OPIEKUŃCZYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA\*** | | | | | |
| Oświadczam, że 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 - weryfikacja w oparciu o oświadczenie (składam oświadczenie świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń) | | | | | TAK  NIE |
| Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości - weryfikacja w oparciu  o oświadczenie (składam oświadczenie świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń) | | | | | TAK  NIE |
| Oświadczam, że jestem osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości - weryfikacja w oparciu  o oświadczenie (składam oświadczenie świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń). | | | | | TAK  NIE |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJA NA TEMAT SYTUACJI I POTRZEB KANDYDATA/KANDYDATKI W ZAKRESIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH  W MIEJSCU ZAMIESZKANIA\*** | |
| Proszę wskazać oczekiwany wymiar w zakresie liczby dni  w tygodniu, w których miałoby być świadczone wsparcie | 1 dzień w tygodniu  2 dni w tygodniu  3 dni w tygodniu  4 dni w tygodniu  5 dni w tygodniu  6 dni w tygodniu  7 dni w tygodniu |
| Proszę wskazać oczekiwany średni wymiar godzinowy wsparcia w ciągu tygodnia | do 3,5 godziny  od 3,5 godziny do 7 godzin  od 7 godzin do 10,5 godziny  od 10,5 godziny do 14 godzin  powyżej 14 godzin |
| Proszę wskazać w jakim zakresie potrzebna będzie pomoc | pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych,  m.in. polegające na: dostarczaniu posiłków i produktów żywnościowych pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie;  czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego,  w tym utrzymywanie porządku i czystości;  dokonywanie niezbędnych zakupów oraz regulowanie opłat domowych, czynności dotyczące prowadzenia spraw osobistych;  opieka higieniczną;  pielęgnacja zalecona przez lekarza (czynności wynikające  z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji medycznej, uzupełniające w stosunku do pielęgniarskiej opieki środowiskowej);  zapewnienie kontaktów z otoczeniem (np. czynności wspomagające nawiązanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną)  współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego  do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług opiekuńczych |
| Proszę wskazać inne istotne informacje z punktu widzenia potrzeb, oczekiwań i sytuacji osoby, która ma zostać objęta opieką (np. istotne informacje na temat stanu zdrowia) |  |

\* Wypełnić jeśli dotyczy

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJA NA TEMAT SYTUACJI I POTRZEB KANDYDATA/KANDYDATKI W ZAKRESIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH  W DZIENNYM DOMU POBYTU\*** | |
| Proszę wskazać oczekiwany wymiar w zakresie liczby dni  w tygodniu, w których miałoby być świadczone wsparcie | 1 dzień w tygodniu  2 dni w tygodniu  3 dni w tygodniu  4 dni w tygodniu  5 dni w tygodniu |
| Proszę wskazać inne istotne informacje z punktu widzenia potrzeb, oczekiwań i sytuacji osoby, która ma zostać objęta opieką (np. istotne informacje na temat stanu zdrowia) |  |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE** |
| **Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.**  **Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Agencję Analiz i Doradztwa Personalnego Psychological Solutions Group Remigiusz Koc w sytuacji zmiany jakichkolwiek ze wskazanych powyżej danych.**  ………………………………….. …………………………………………...............  Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego |
| **Oświadczam, iż miesięczny dochód na członka w mojej rodzinie zgodnie z ustawą o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r.**  **w ciągu 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia dokumentów wynosi:**  …………………………………………………………………………………………………………………….  (należy podać kwotę na 1 członka rodziny)  ………………………………….. …………………………………………...............  Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego |
| **Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywieniowa 2014-2020 w następującym zakresie\***  …………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………….. …………………………………………...............  Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego |

\* Wypełnić jeśli dotyczy

**OŚWIADCZENIE ODNOŚNIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Agencję Analiz i Doradztwa Personalnego Psychological Solutions Group Remigiusz Koc** w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji do projektu oraz realizacji RPO WK-P 2014-2020 zgodnie   
z Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.05.2016 r.), zwanego dalej „RODO” oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000). Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami zawartymi w poniższej klauzuli informacyjnej RODO.

***KLAUZULA INFORMACYJNA RODO:***

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia UE o ochronie danych osobowych nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.   
(zwanego jako „RODO”) informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Województwo Kujawsko-Pomorskie reprezentowane przez Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, mające siedzibę przy Placu Teatralnym 2, 87-100 Toruń (w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020) oraz minister właściwy ds. rozwoju regionalnego na mocy art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 z późn. zm.), mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa (w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych).
2. Z inspektorami ochrony danych można skontaktować się pod adresami poczty elektronicznej:

* [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) – w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych;
* [iod@kujawsko-pomorskie.pl](mailto:iod@kujawsko-pomorskie.pl) - w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020;

1. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **„Bydgoski Dzienny Dom Pobytu "Virtus"   
   - II edycja”, nr RPKP.09.03.02-04-0071/20** w szczególności w celu przeprowadzenia rekrutacji, potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych oraz archiwizacji w ramach RPO WK-P 2014-2020.

Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest obowiązek prawny administratora (art. 6 ust. 1 lit. c RODO), wynikający z:

* art. 125 oraz art. 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;
* art. 9 ust. 1 pkt 2) oraz 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.

1. Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych, przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej RPO WK-P, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Pani/Pana osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym kontrole   
   i audyt w ramach RPO WK-P 2014-2020 na zlecenie ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej RPO WK-P, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta.
2. Pani/Pana dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt  **– Agencja Analiz i Doradztwa Personalnego Psychological Solutions Group Remigiusz Koc, ul. Gdańska 105/4, 85-022 Bydgoszcz** oraz Partnerom projektu: **Fundacji ICF, ul. Zduny 8, 85-055 Bydgoszcz**oraz **Miastu Bydgoszcz, ul. Jezuicka 1, 85-102 Bydgoszcz.**
3. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014- 2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 dnia 17 grudnia 2013 r.) bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania,   
   o którym mowa w art. 22 RODO, ani przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej*.*

………………………………….. …………………………………………

Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego

Załącznik do formularza zgłoszeniowego

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykaz pojęć** | |
| **PO PŻ** | Program Operacyjny Pomoc Żywieniowa 2014-2020 |
| **osoby korzystające z PO PŻ (zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ)** | osoby, otrzymujące pomoc żywnościową w formie paczek lub posiłku, które z powodu niskich dochodów nie mogą zapewnić sobie/rodzinie odpowiednich produktów żywnościowych (posiłków) i dlatego też trafiać będzie do ograniczonej liczby osób znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji (określonej przesłankami z art. 7 ustawy o pomocy społecznej oraz poziomem dochodów odniesionych do procentowej wartości odpowiedniego kryterium dochodowego określonego w tej ustawie.  Zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej i Art. 7. Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu m.in:  1) ubóstwa;  2) bezdomności;  3) niepełnosprawności;  4) długotrwałej lub ciężkiej choroby; |
| **znaczny stopień niepełnosprawności** | Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. |
| **umiarkowany stopień niepełnosprawności** | Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych. |
| **niepełnosprawność sprzężona** | O niepełnosprawności sprzężonej mowa jest wówczas, gdy jest ona złożona, podwójna lub wieloraka, bądź też towarzyszy jej dodatkowe kalectwo. Upośledzenie sprzężone występuje u osoby u której stwierdza się dwie lub więcej niepełnosprawności, powodowane jednym lub kilkoma czynnikami endo lub egzogennymi w różnych okresach życia, co dotyczy także okresu prenatalnego. |
| **osoba z zaburzeniami psychicznymi** | Zgodnie z Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby:  a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),  b) upośledzonej umysłowo,  c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym |
| **dochód na członka w rodzinie poniżej progu ustaw. - dochód nie przekracza 150% właściwego kryt. dochod. (na os. samotnie gospodarującą lub na os. w rodzinie) zg. z ust. o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r.** | 1. Dochód nie przekracza 1051,50 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) – w przypadku osoby samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty 701,00 złotych (kryterium dochodowe osoby samotnie gospodarującej), 2. Dochód nie przekracza 792 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) w przypadku osób w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 528,00 zł (kryterium dochodowe na osobę w rodzinie”   – przy jednoczesnym wystąpieniu co najmniej jednego z powodów wymienionych w art. 7 pkt 2–15 oraz innych okoliczności uzasadniających udzielenie pomocy społecznej. |
| **doświadczanie wielokrotnego wykluczenia** | To osoby doświadczające wykluczenia z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym |
| **osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** | Zgodnie z Wytycznymi 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 są 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  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, 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);  e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych  i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. 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 (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);  g) rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej je  den 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 wsparcia 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 odbywające kary pozbawienia wolności;  l) osoby korzystające z PO PŻ. |
| **osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** | Osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Czynności dnia codziennego: kąpanie się, ubieranie się i rozbieranie, korzystanie z toalety, wstawanie z łóżka  i przemieszczanie się na fotel, samodzielne jedzenie, kontrolowanie wydalania moczu i stolca. |

1. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Odpowiedz TAK zaznaczyć należy tylko w przypadku wskazania więcej niż jednej z przesłanek wykluczania społecznego w tabeli na stronie 2 i 3 [↑](#footnote-ref-2)