**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do projektu „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY**

**DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI”**

Projekt pn.: „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI” nr: RPLU.11.02.00-06-0137/20współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez stowarzyszenie Trampolina Kariery na podstawie Umowy nr 243/RPLU.11.02.00-06-0137/20-00 zawartej z Instytucją Zarządzającą w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne.

**Data wpływu Formularza**: ………………………………………………………………………………………………………………………

**Numer identyfikacyjny :** ………………………………………………………….……………………………………………..……….……….

**Podpis osoby przyjmującej:** ………………………………………………………………………………………………………………………

**Instrukcja wypełniania Formularza zgłoszeniowego:**

1. Wszystkie pola Formularza zgłoszeniowego muszą zostać wypełnione (jeśli dane pole nie dotyczy Kandydata/Kandydatki należy wpisać „nie dotyczy”).
2. Formularz należy wypełnić czytelnie - elektronicznie lub odręcznie (DRUKOWANYMI LITERAMI).
3. Odpowiedzi na pytania w Formularzu należy zaznaczyć znakiem **X**.
4. Formularz wraz z załączonymi oświadczeniami powinien być opatrzony datą i czytelnym, trwałym podpisem (niezmywalnym, niebieskim długopisem) Kandydata/Kandydatki, w wyznaczonych miejscach.
5. Do Formularza zgłoszeniowego należy dołączyć zaświadczenie od lekarza rodzinnego lub prowadzącego na załączonym wzorze (str.13).
6. Wypełniony formularz zgłoszeniowy Kandydata/Kandydatki należy dostarczyć do biura projektu   
   osobiście lub przez osobę z otoczenia Kandydata/Kandydatki lub drogą pocztową/kurierem lub przekazać rekruterowi/kadrze projektu DDP.

Przed przystąpieniem do rekrutacji należy zapoznać się z *Regulaminem rekrutacji do projektu „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI”*.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA/KANDYDATKI:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię/ Imiona | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | |  |
| Płeć | | ⬜ kobieta ⬜ mężczyzna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIP | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wykształcenie | | **niższe niż podstawowe ISCED O** *(brak formalnego wykształcenia)*  **podstawowe ISCED 1** *(kształcenie ukończone na poziomie szkoły*  *podstawowej)*  **gimnazjalne ISCED 2** *(kształcenie ukończone na poziomie szkoły*  *gimnazjalnej)*  **ponadgimnazjalne ISCED 3** *(kształcenie ukończone na poziomie szkoły*  *średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)*  **policealne ISCED 4** *(kształcenie ukończone za poziomie wyższym niż*  *kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest*  *wykształceniem wyższym)*  **wyższe ISCED 5** *(kształcenie ukończone na poziomie wyższym tj.*  *licencjackim, magisterskim lub wyższym)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zawód | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MIEJSCE ZAMIESZKANIA[[1]](#footnote-1)/DANE KONTAKTOWE :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nr budynku | | | |  | | | Nr lokalu | | |  | |
| Miejscowość |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy |  | |  | | | - |  | | |  | |  | | Poczta | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Gmina |  | | | | | | | | | | | | | Powiat | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Województwo |  | | | | | | | | | | | | | Telefon  kontaktowy | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Adres do kontaktu (jeśli inny niż zamieszkania) | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon osoby upoważnionej do kontaktu | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail) | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STATUS NA RYNKU PRACY:** | | |
| **Oświadczam, że jestem osobą:** | bierną zawodowo[[2]](#footnote-2)  bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędu pracy  bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędu pracy  pracującą w tym:  🞏 prowadzącą działalność na własny rachunek  🞏 pracującą w administracji rządowej  🞏 pracującą w administracji samorządowej  🞏 pracującą w MMŚP  🞏 pracującą w organizacji pozarządowej  🞏 pracującą w dużym przedsiębiorstwie  🞏 inne | |
| **Miejsce zatrudnienia** |  | |
| **Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością[[3]](#footnote-3) (należy dołączyć kserokopię dokumentu potwierdzającego status osoby z niepełnosprawnością).**  Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności:  − orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym,  − orzeczenie o niezdolności do pracy,  − inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.),  − w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi  dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia. | Osoba z niepełnosprawnością:  TAK  NIE  nie dotyczy | Stopień niepełnosprawności:  lekki  umiarkowany  znaczny  nie dotyczy |
| **Oświadczam, że w związku z moją niepełnosprawnością wymagam następujących usprawnień / udogodnień/ dostosowania obiektu /sal / tłumacza języka migowego /powiększona czcionka itp.** | TAK  NIE  nie dotyczy  **Jeśli TAK, proszę opisać te potrzeby:**  …………………………………………………........................................................  …………………………………………………........................................................  …………………………………………………........................................................  …………………………………………………........................................................  ………………………………………………..........................................................  …………………………………………………........................................................  …………………………………………………........................................................  …………………………………………………........................................................  …………………………………………………........................................................ | |
| **Preferowane formy wsparcia (proszę zaznaczyć „x” przy preferowanych formach wsparcia):** | **warsztaty DO IT YOURSELF**  (m.in. własnoręczne wykonywanie np. lasy w słoikach,  lampiony w słoikach, decoupage, tworzenie zegarów,  budowa karminków, budek dla pszczół, bud dla zwierząt ze  schroniska, szycie eko-toreb, tworzenie lampionów,  tworzenie biżuterii, odnawianie mebli, zero waste itp.  zajęcia grupowe)  **warsztaty kreatywne**  (m.in. rozwijanie aktywności twórczej, zdolności  plastycznych, muzycznych, teatralnych, tanecznych,  manualnych, technicznych itp. zajęcia grupowe)  **trening umiejętności życiowych**  (m.in. radzenie sobie z sytuacjami pojawiającymi się w  codziennym życiu, trening kulinarny, rozwijanie zaradności,  samodzielności i niezależności życiowej od otoczenia,  trening budżetowy itp. zajęcia grupowe)  **trening umiejętności prospołecznych**  (m.in. kształtowanie postaw prospołecznych, rozwijanie  umiejętności nawiązywania i podtrzymywania kontaktów  społecznych, trening kształtowania pozytywnych relacji z  rodziną, sąsiadami i innymi osobami np. w czasie zakupów,  w środkach komunikacji publicznej, w urzędach, w  instytucjach kultury itp. zajęcia grupowe)  **zajęcia sprawnościowo – ruchowe**  (zajęcia mające na celu utrzymanie lub poprawę ogólnej  kondycji fizycznej i sprawności motorycznej, podnoszenie  ogólnej wydolności organizmu oraz wdrażanie do  aktywności ruchowej w życiu codziennym, usprawnianie  motoryki dużej i małej, zajęcia relaksacyjne itp. zajęcia  grupowe)  **trening pamięci i koncentracji**  (m.in. ćwiczenia i poprawa konycji 5 głównych sfer  poznawczych: pamięci, koncentracji uwagi, funkcji  językowych, wzrokowo-przestrzennych oraz myślenie  abstrakcyjne itp. zajęcia grupowe)  **konsultacje indywidualne z psychologiem**  **konsultacje indywidualne z fizjoterapeutą/rehabilitantem**  **konsultacje indywidualne z dietetykiem**  za  **konsultacje indywidualne z prawnikiem**  **konsultacje indywidualne z informatykiem/specjalistą ds.   ICT**  **konsultacje indywidualne z kosmetologiem**  **konsultacje indywidualne z podologiem**  **konsultacje indywidualne z fryzjerem**  **udział w jednodniowych wycieczkach**  (zorganizowany wyjazd poza miejsce codziennego pobytu  uczestników projektu)  **udział w imprezach kulturalno-towarzyszkich**  (np. występy muzyczne, taneczne, festiwal podróży dużych i  małych, festiwal małych form teatralnych itp.) | |

**OŚWIADCZENIE OSOBY SKŁADAJĄCEJ FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DO PROJEKTU „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY**

**DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI”**

Projekt pn.: „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI” nr: RPLU.11.02.00-06-0137/20współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez stowarzyszenie Trampolina Kariery na podstawie Umowy nr 243/RPLU.11.02.00-06-0137/20-00 zawartej z Instytucją Zarządzającą w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne.

**Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:**

1. Deklaruję udział w projekcie „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI ”.
2. Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określić spełnianie kryteriów do udziału w Projekcie.
3. Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w Regulaminie rekrutacji   
   i zgodnie z wymogami jestem uprawniony do uczestnictwa w nim. Jednocześnie akceptuję warunki Regulaminu.
4. Zostałem poinformowany/a, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków budżetu państwa.
5. Nie biorę udziału w innych Projektach finansowanych ze środków Unii Europejskiej o takich samych formach wsparcia.
6. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym oraz załącznikach, w tym tzw. danych wrażliwych przez Realizatora Projektu (zgodnie z Ustawą o chronię danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r.) do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, działań w ramach projektu, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Realizatora projektu z obowiązków sprawozdawczych wobec Województwa lubelskiego. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości, pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel.
7. Jestem świadomy/a, iż złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
8. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.
9. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w ramach realizacji Projektu.
10. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie trwania Projektu.

### ……………………………………………………… ………………………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW DOSTĘPU**

**DO PROJEKTU „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY**

**DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI”**

Projekt pn.: „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI” nr: RPLU.11.02.00-06-0137/20współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez stowarzyszenie Trampolina Kariery na podstawie Umowy nr 243/RPLU.11.02.00-06-0137/20-00 zawartej z Instytucją Zarządzającą w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że: kwalifikuję się do grupy Uczestników projektu „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI” tj. **spełniam łącznie następujące wymogi**:

*(proszę zaznaczyć „x” w każdym spełnianym kryterium)*

Jestem osobą zamieszkującą Janów Lubelski (miasto w gminie miejsko-wiejskiej; powiat janowski, województwo lubelskie) lub gminę Janów Lubelski (obszar wiejski w gminie miejsko – wiejskiej; powiat janowski, województwo lubelskie) lub

jestem osobą zamieszkującą i pracującą na terenie gminy Janów Lubelski (obszar wiejski w gminie miejsko – wiejskiej) lub na terenie Janowa Lubelskiego (miasto w gminie miejsko-wiejskiej; powiat janowski, województwo lubelskie)

Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego i nie ma przeciwskazań do mojego udziału w DDP;

Ukończyłam/em 60 rok życia.

### ……………………………………………………… ………………………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW PREFERENCYJNYCH**

**DO PROJEKTU „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY**

**DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI”**

Projekt pn.: „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI” nr: RPLU.11.02.00-06-0137/20współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez stowarzyszenie Trampolina Kariery na podstawie Umowy nr 243/RPLU.11.02.00-06-0137/20-00 zawartej z Instytucją Zarządzającą w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne.

**Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że:**

*(proszę zaznaczyć „x” w każdym spełnianym kryterium)*

Jestem osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryt. dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) o których mowa w ustawie z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej.

Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego (*zgodnie z Oświadczeniem o powodach wykluczenia, które dotyczą kandydata*).

Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (*proszę dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, niezdolności do pracy, inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itp.); w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia*).

Jestem osobą z niepełnosprawnościami sprzężonymi i osobą z niepełnosprawnością intelektualną i osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (*proszę dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, niezdolności do pracy, inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itp.); w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia*).

Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi zdefiniowanymi w ustawie z dn. 19.08.1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (*proszę dołączyć dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia*).

Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ) 2014-2020, a zakres wsparcia nie będzie powielał działań, które otrzymałam lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ*.*

Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystanie środków EFS i EFRR na lata 2014-2020.

Jestem osobą, której dochód nie przekracza 701 zł dla osoby samotnie gospodarującej i 528 zł dla osoby w rodzinie.

### ……………………………………………………… ………………………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis

**OŚWIADCZENIE O POWODACH WYKLUCZENIA, KTÓRE DOTYCZĄ KANDYDATA DO PROJEKTU „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI”**

Projekt pn.: „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI” nr: RPLU.11.02.00-06-0137/20współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez stowarzyszenie Trampolina Kariery na podstawie Umowy nr 243/RPLU.11.02.00-06-0137/20-00 zawartej z Instytucją Zarządzającą w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne.

**Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że doświadczam wielokrotnego wykluczenia z uwagi na przynależność do grup osób wskazanych w rozdziale 3 pkt. 15 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 tj.:**

*(proszę zaznaczyć „x” w każdym spełnianym kryterium)*

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

*Proszę zaznaczyć ten punkt jeżeli Pan/Pani otrzymuje pomoc społeczną lub kwalifikuje się do objęcia pomocą przynajmniej z jednego niżej wymienionego powodu. Proszę podkreślić powód.*

1) ubóstwo;

2) sieroctwo;

3) bezdomność;

4) bezrobocie;

5) niepełnosprawność;

6) długotrwała lub ciężka choroba;

7) przemocy w rodzinie lub potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;

8) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;

9) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;

10) trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach.

Osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym

*Proszę zaznaczyć ten punkt jeżeli Pan/Pani należy do przynajmniej jednej z niżej wymienionej grupy. Proszę podkreślić.*

1) bezdomni realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,

2) uzależnieni od alkoholu,

3) uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających,

4) chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,

5) długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,

6) zwalniani z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,

7) uchodźcy realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,

8) osoby niepełnosprawne, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, które podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

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 2018 r. poz. 969)

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 2018 r. poz. 1457, 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 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020

Członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością

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

### ……………………………………………………… ………………………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis

**ZAŚWIADCZENIE OD LEKARZA RODZINNEGO LUB PROWADZĄCEGO**

**DO PROJEKTU „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM**

**POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI”**

Projekt pn.: „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI” nr: RPLU.11.02.00-06-0137/20współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez stowarzyszenie Trampolina Kariery na podstawie Umowy nr 243/RPLU.11.02.00-06-0137/20-00 zawartej z Instytucją Zarządzającą w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne.

..............................................................  
 *(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej*  
  *numer identyfikacyjny REGON)*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

lekarza rodzinnego lub prowadzącego

W wyniku badania lekarskiego i oceny stanu zdrowia stwierdzam, że   
Pan/ Pani ……………………………………….…………………………………………………  
PESEL ………………………………………………………………………………………………..  
Zamieszkały/a …………………………………………………………………………………..

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, 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 (np. kąpanie się, ubieranie i rozbieranie, korzystanie z toalety, wstawanie z łóżka i przemieszczanie się, samodzielne jedzenie, kontrolowanie wydalania moczu i stolca)

**Jednocześnie stwierdzam, że:**

🞏 wymagana jest pomoc innych osób

🞏 nie ma przeciwskazań do udziału w projekcie, w tym do udziału w Dziennym Domu Pomocy

*(proszę zaznaczyć właściwe punkty)*

……………………………………. ………………… …….………………………………………..…………………….

*(data) (pieczęć i podpis lekarza rodzinnego   
 lub lekarza specjalisty)*

1. Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. Adres ten powinien umożliwić kontakt w przypadku zakwalifikowania do projektu. [↑](#footnote-ref-1)
2. 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 opieka nad dzieckiem w okresie, który 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). [↑](#footnote-ref-2)
3. Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. 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) tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. [↑](#footnote-ref-3)