

Formularz rekrutacyjny do projektu

„Wsparcie osób potrzebujących w codziennym funkcjonowaniu zamieszkujących Małopolskę zachodnią” dla powiatów olkuskiego, wadowickiego, oświęcimskiego i chrzanowskiego.

I. INFORMACJE OGÓLNE:

1) Dane kandydata projektu:

Imię i Nazwisko			
Data urodzenia		Adres zamieszkania uczestnika	
Numer telefonu uczestnika		Numer telefonu do członka rodziny/innej osoby bliskiej (opcjonalnie)	
Adres e-mail uczestnika lub członka rodziny		Jeżeli ustalony jest opiekun prawny lub opiekun faktyczny proszę podać dane osobowe oraz kontaktowe tej osoby	

Czy na dzień przystąpienia do rekrutacji kandydat ukończył/a 60 rok życia?	TAK	NIE
--	-----	-----

2) Status na rynku pracy:

osoba pracująca TAK ☐ /NIE ☐

emeryt TAK ☐ /NIE ☐

rencista TAK ☐ /NIE ☐

inne:

3) Z jakiego rodzaju usług chciałby/-aby Pan/i skorzystać:

usługi opiekuńcze ☐

usługi asystenckie ☐

usługi specjalistyczne ☐



4) Dokumentacja i informacje o stanie zdrowia kandydata:

Czy kandydat posiada aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez właściwy organ	TAK	NIE
Stopień i rodzaj niepełnosprawności, symbol/organ wydający orzeczenie (np. PZON, ZUS, KRUS, KIZ, MSWiA)		
Czy występuje niepełnosprawność sprzężona (min. 2 przyczyny niepełnosprawności) – jeśli dotyczy	TAK Jeśli tak to jakie?	NIE
Czy występują zaburzenia psychiczne?	TAK Jeśli tak to jakie?	NIE
Czy występują zaburzenia rozwojowe?	TAK Jeśli tak to jakie?	NIE
Czy występuje niepełnosprawność intelektualna?	TAK Jeśli tak to jaka?	NIE
Czy kandydat korzysta z programu FEPŻ? (Program Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027)	TAK	NIE
Czy kandydat lub jego rodzina doświadczają zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	TAK	NIE
Czy kandydat jest osobą o niskich dochodach	TAK	NIE
Czy kandydat posiad status ochronny po agresji Federacji Rosyjskiej na Ukrainę	TAK	NIE



Czy kandydat mieszka samotnie czy w gospodarstwie wieloosobowym.	SAMOTNIE Czy posiada wsparcie otoczenia/jakie?	W GOSP.WIELOOSOBOWYM Czy posiada wsparcie współmieszkańców? Czy są w domu inne osoby niesamodzielne, zależne, starsze?
Czy kandydat zamieszkuje gminę górnica: (Libiąż, Brzeszcze, Oświęcim, Chrzanów, Trzebinie, Osiek, Chelmek, Kęty, Babice, Andrychów, Zator, Wieprz, Przeciszów, Polanka Wielka, Alwernia, Spytkowice)	TAK Jeśli tak to jaką?	NIE
Sposób poruszania się uczestnika: osoba leżąca, osoba chodząca w obręb mieszkania, osoba wychodząca z domu, inne.	Opis sytuacji:	
Sposób komunikowania się kandydata (mowa, słuch)	Opis sytuacji:	
Krótki opis sytuacji zdrowotnej kandydata (główne choroby)	Opis chorób:	

II. OCZEKIWANIA WOBEC ASYSTENTA/OPIEKUNA:

Czy rekomenduje Pan (i) osobę, jako swojego asystenta/opiekuna?

Tak ☐ / Nie ☐;

Jeżeli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko

Telefon kontaktowy/ e-mail



Prosimy o określenie cech asystenta/opiekuna, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie (opcjonalnie):

Płeć:

Wiek:

Inne:

III. ZAKRES I WYMIAR USŁUG

W jakim zakresie czasowym będzie potrzebne wsparcie (ilość godzin, ilość dni w tygodniu)?

.....

.....

W jakich czynnościach mógłby pomóc Panu/Pani asystent lub opiekun - zakres czynności asystenta lub opiekuna w szczególności ma dotyczyć:

1. Wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej np.:

- a. korzystanie z toalety Tak ☐ / Nie ☐ ;
- b. mycie głowy, mycie ciała, kąpiel Tak ☐ / Nie ☐ ;
- c. czesanie Tak ☐ / Nie ☐ ;
- d. golenie Tak ☐ / Nie ☐ ;
- e. wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu Tak ☐ / Nie ☐ ;
- f. obcinanie paznokci rąk i nóg Tak ☐ / Nie ☐ ;
- g. zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku Tak ☐ / Nie ☐ ;
- h. zapobieganie powstania odleżyn lub oparzeń Tak ☐ / Nie ☐ ;
- i. zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych Tak ☐ / Nie ☐ ;

4 | Strona



Fundusze Europejskie
dla Małopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

Projekt pod nazwą: "Wsparcie osób potrzebujących w codziennym funkcjonowaniu zamieszkujących Małopolskę zachodnią" realizowany jest w ramach: Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, priorytet: Fundusze europejskie dla sprawiedliwej transformacji Małopolski Zachodniej, działanie: opieka nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, fundusz: Fundusz Sprawiedliwej Transformacji, nr projektu FEMP.08.06-IP.01-12-1248/24, instytucja zawierająca umowę: Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości.

- j. przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów (w tym poprzez PEG i sondę) **Tak** ☐ / **Nie** ☐
- k. stanie łóżka i zmiana pościeli **Tak** ☐ / **Nie** ☐.
2. Wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
- a. sprzątanie mieszkania, w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci
Tak ☐ / **Nie** ☐ ;
- b. dokonywanie bieżących zakupów **Tak** ☐ / **Nie** ☐ ;
- c. mycie okien **Tak** ☐ / **Nie** ☐ ;
- d. pranie i prasowanie odzieży i pościeli **Tak** ☐ / **Nie** ☐ ;
3. Wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a. pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością **Tak** ☐ / **Nie** ☐ ;
- b. pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym **Tak** ☐ / **Nie** ☐ ;
- c. pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym
Tak ☐ / **Nie** ☐ ;
- d. asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami **Tak** ☐ / **Nie** ☐ ;
- e. transport samochodem będącym własnością uczestnika, członka jej rodziny lub asystenta/opiekuna
Tak ☐ / **Nie** ☐.
4. Wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:
- a. obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń **Tak** ☐ / **Nie** ☐ ;
- b. wyjście na spacer **Tak** ☐ / **Nie** ☐ ;
- c. asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. **Tak** ☐ / **Nie** ☐ ;



d. załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta

podczas rozmowy kwalifikacyjnej Tak ☐ / Nie ☐;

e. wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością

Tak ☐ / Nie ☐;

f. w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji

Tak ☐ / Nie ☐;

Inne, jakie.....
.....
.....

5. Wsparcie w zakresie usług specjalistycznych

a) wsparcie prawnika Tak ☐ / Nie ☐;

b) wsparcie dietetyka Tak ☐ / Nie ☐;

c) wsparcie psychologa Tak ☐ / Nie ☐;

d) wsparcie terapeuty przestrzeni Tak ☐ / Nie ☐.



6. Wsparcie w zakresie szkoleń dla opiekuna nieformalnego (np. członek rodziny) Tak ☐ / Nie ☐ ;
(proponowana tematyka szkoleń: aspekt życia i opieki w niepełnosprawności, podeszłym wieku, chorobach przewlekłych, dieta osoby niesamodzielnej, zaburzenia zachowań osób biskich, ćwiczenia oddechowe itp.)

IV. Czy obecnie korzysta Pan(i) z usług asystenckich /opiekuńczych (finansowanych np. z PFRON, MRIPS, EFS, inne)

Tak ☐ / Nie ☐ ;

Jeśli zaznaczono odpowiedz TAK prosimy o podanie nazwy Realizatora i nazwy Programu oraz wymiary i zakresu otrzymywanego wsparcia:

.....

Miejscowość, data

.....

(Podpis uczestnika Programu/opiekuna prawnego)

.....

(Podpis osoby przeprowadzającej wywiad – koordynator merytoryczny)



OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich/opiekuńczych oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej,

dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług. Tak ☐ / Nie ☐ ;

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu w celu rekrutacji do projektu „Wsparcie osób potrzebujących w codziennym funkcjonowaniu zamieszkujących Małopolskę zachodnią” dla powiatów olkuskiego, wadowickiego, oświęcimskiego i chrzanowskiego, zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt a) 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 oraz z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych /DZ. U. z 2019 r. poz. 1781). Wyrażam zgodę na wprowadzenie moich danych osobowych do systemów informatycznych Internationaler Bund Polska, zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt a) RODO. Administratorem Danych Osobowych (zwanym dalej „ADO”) jest Internationaler Bund Polska z siedzibą w Krakowie adres: Al. Daszyńskiego 22, 31-534 Kraków. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed

jej wycofaniem. Tak ☐ / Nie ☐ ;

3. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do moich danych osobowych, w tym uzyskania ich kopii oraz ich poprawiania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych, przeniesienia danych do innego administratora oraz wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania.

Tak ☐ / Nie ☐ .

4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z regulaminem rekrutacji w tym z opisem i zasadami realizacji projektu „Wsparcie osób potrzebujących w codziennym funkcjonowaniu zamieszkujących Małopolskę zachodnią” dla powiatów olkuskiego, wadowickiego, oświęcimskiego i chrzanowskiego w tym z opisem projektu i zasadami rekrutacji. Tak ☐ / Nie ☐ .

5. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z regulaminem rekrutacji do projektu „Wsparcie osób potrzebujących w codziennym funkcjonowaniu zamieszkujących Małopolskę zachodnią” dla powiatów olkuskiego, wadowickiego, oświęcimskiego i chrzanowskiego i nie wnoszę do niego uwag. Tak ☐ / Nie ☐ ;

Miejscowość, data

.....
(Podpis kandydata Programu/opiekuna prawnego)

