



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Tytuł projektu: „Aktywni i niezależni – rozwój usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnościami w woj. lubelskim” Nr projektu: FELU.08.05-IZ.00-0093/25;

Realizatorzy: Caritas Archidiecezji Lubelskiej w partnerstwie z Fundacją Fuga Mundi

Miejsce na dane kancelaryjne (wypełnia Realizator)

Data wpływu: Nr rejestracyjny:

I. DANE UCZESTNIKA

1. Imię i nazwisko
2. PESEL: Data urodzenia:
3. Płeć (zgodnie z dowodem osobistym): ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
4. Adres zamieszkania:
.....
5. Województwo: ☐ lubelskie
6. Gmina zamieszkania: ☐ m. Lublin ☐ Jastków ☐ Krasnystaw ☐ inne
7. Obszar zamieszkania: ☐ Miasto ☐ Wieś ☐ Gmina wiejsko-miejska
8. Telefon: E-mail:
Media Społecznościowe: (rodzaj, dane do kontaktu)
.....
Preferowana metoda kontaktu.....
9. Status na rynku pracy: ☐ Pracujący ☐ Bezrobotny ☐ Bierny zawodowo (np. emeryt, rencista, student), ☐ Poszukujący pracy, ☐ inny
10. Czy dla uczestnika Projektu ustanowiony został **opiekun prawny** ☐ TAK ☐ NIE
Jeśli **Tak**, proszę podać jego imię i nazwisko

II. KRYTERIA FORMALNE

9. Czy jest Pani/Pan osobą pełnoletnią? ☐ TAK ☐ NIE
10. Czy obecnie przebywa Pani/Pan w stacjonarnym ośrodku opiekuńczym (np. DPS)?
☐ TAK ☐ NIE
11. Czy dotychczas korzystała Pani / Pan z usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością



☐ TAK ☐ NIE

Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK:

Proszę podać okres korzystania z usług asystenckich (miesiąc, rok) oraz nazwę dostawcy

świadczonych usług:.....

.....

Czy obecnie korzysta Pani/ Pan z pomocy Asystenta osoby z niepełnosprawnościami?

☐ TAK ☐ NIE

III. INFORMACJE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

12. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu:

☐ Znacznym ☐ Umiarkowanym

12. Czy niepełnosprawność ma charakter sprzężony? ☐ TAK ☐ NIE *(Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się co najmniej dwa rodzaje niepełnosprawności wskazane w orzeczeniu).*

13. Rodzaj niepełnosprawności (dominujący):

- ☐ Ruchowa
- ☐ Wzroku
- ☐ Słuchu/Mowy
- ☐ Intelktualna
- ☐ Zaburzenia psychiczne
- ☐ Neurologiczna

IV. SYTUACJA SPOŁECZNO-RODZINNA (Kryteria merytoryczne)

15. Samodzielność gospodarowania:

- ☐ Jestem osobą samotnie gospodarującą i nie mam wsparcia bliskich.
- ☐ Mieszkam z rodziną, ale bliscy nie mogą mi pomóc (np. pracują, sami są chorzy).
- ☐ Mieszkam z rodziną i otrzymuję od nich wsparcie.

16. Aktywność (Proszę zaznaczyć, jeśli dotyczy):

- ☐ Pracuję zawodowo
- ☐ Poszukuję pracy
- ☐ Uczę się / studiuję / biorę udział w szkoleniach
- ☐ Korzystam z regularnych zajęć np. pro-zdrowotnych

V. ZAKRES POSTULOWANEGO WSPARCIA (Potrzeby UP)

17. W jakich czynnościach potrzebuje Pani/Pan pomocy asystenta?

- ☐ **Czynności samoobsługowe** (np. higiena, ubieranie, jedzenie).
- ☐ **Prowadzenie gospodarstwa** (np. zakupy, sprząatanie podręczne, wynoszenie śmieci).
- ☐ **Wyjścia z domu / Transport** (np. lekarz, urzędy, rehabilitacja, praca).



☐ **Życie społeczne** (np. wyjście do kina, kościoła, na spacer, spotkania ,pomoc w komunikacji).

18. **Uzasadnienie potrzeby (Opis barier):** *(Proszę opisać, co najbardziej utrudnia Pani/Panu codzienne życie i funkcjonowanie – np. bariery architektoniczne, problemy z dojazdem, brak kontaktu z ludźmi, brak możliwości realizowania zainteresowań, itd.):*

.....

.....

.....

.....

VI. WSKAZANIE ASYSTENTA (Opcjonalne)

19. Czy chce Pan(i) wskazać konkretną osobę na asystenta? ☐ TAK ☐ NIE

*Jeśli **TAK**, proszę podać imię i nazwisko wskazanego asystenta:*

..... Tel.:

(Oświadczam, że wskazana osoba nie jest moim członkiem rodziny, opiekunem prawnym ani ze mną nie mieszka).

*Jeśli **NIE**, proszę określić cechy asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie (np. płeć, wiek, zainteresowania, posiadane umiejętności, pożądane cechy charakteru):*

.....

.....

.....

.....

20. Proszę wskazać, jeśli to możliwe, w jakich godzinach, porach dnia oraz w jakich dniach tygodnia będzie potrzebne wsparcie:

.....

21. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Pani/Pan potrzebować?.....

VII. KLAUZULE RODO

Lider projektu: Caritas Archidiecezji Lubelskiej.

Administratorem Pani/a danych osobowych jest Caritas Archidiecezji Lubelskiej, z siedzibą przy ul. Prym. S. Wyszyńskiego 2, 20-950 Lublin. W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/a danych można kontaktować się z inspektorem ochrony danych na adres e-mail: rodo@lublin.caritas.pl Pani/a dane przetwarzane będą w celu rekrutacji do udziału w projekcie "Aktywni i Niezależni- rozwój usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnościami w woj. lubelskim", współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021–2027. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zrealizowania wskazanych celów. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania i ochrony danych osobowych podane są na stronie www.Lublin.caritas.pl

☐ **Zapoznałem się z powyższą klauzulą RODO przed przystąpieniem do Projektu i przyjmuję ją do wiadomości**



Partner Projektu: Fundacja Fuga Mundi

Administratorem Pani/a danych osobowych jest Fundacja Fuga Mundi, z siedzibą przy ul. Hutniczej 20B, 20-218 Lublin. W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/a danych można kontaktować się z inspektorem ochrony danych na adres e-mail: ffm@ffm.pl; tel. 81 5342601. Pani/a dane przetwarzane będą w celu rekrutacji i do udziału w projekcie "Aktywni i Niezależni - rozwój usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnościami w woj. lubelskim", współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021–2027. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zrealizowania wskazanych celów. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania i ochrony danych osobowych podane są na stronie www.ffmpeg.pl

☐ Zapoznałem się z powyższą klauzulą RODO przed przystąpieniem do Projektu i przyjmuję ją do wiadomości.

Wymagane załączniki do dokumentacji rekrutacyjnej:

1. Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej
2. Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności. (Oryginał do wglądu w późniejszym terminie)
3. Oświadczenie o miejscu zamieszkania.
4. Oświadczenie o niekorzystaniu z usług asystenta osobistego.

VIII. OŚWIADCZENIA I ZGODY UCZESTNIKA

- ☐ Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z *Regulaminem rekrutacji i udzielania wsparcia*.
- ☐ Wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie usług bezpośrednio w miejscu ich realizacji.
- ☐ Wyrażam zgodę na utrwalanie wizerunku w celach dokumentacji oraz informacyjnych.
- ☐ Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności prawnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

.....
miejsowość, data

.....
(czytelny podpis Uczestnika Projektu / opiekuna prawnego)