

Załącznik nr 1a do Regulaminu  
Rekrutacji Uczestników Projektu „WSPARCIE ORGANIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH”

## Formularz dla kandydata do korzystania ze wsparcia w Dziennym Domu Pomocy

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY „Wsparcie organizacji usług społecznych”

Dane kandydata do projektu:

**Imię i nazwisko:**

.....

**PESEL:**

.....

**Adres zamieszkania:**

Województwo: .....

Miejscowość: .....

Ulica, nr domu: .....

Nr lokalu: .....

Kod pocztowy: .....

Telefon stacjonarny: .....

Telefon komórkowy: .....

E - mail: .....

Wiek: .....

Płeć: .....

Seria i nr dowodu osobistego.....

**Dane osoby zgłaszającej/opiekuna faktycznego (osoba opiekująca się osobą  
niesamodzielną lub jeżeli działa prawnie w imieniu kandydata):**

Nazwisko i imię.....

stopień pokrewieństwa/status prawny.....

Adres zamieszkania.....

Telefon kontaktowy.....

Seria i nr dowodu osobistego.....

**Dane dodatkowe:**

**I. Status uczestnika Projektu**

1.

- jestem osobą samotnie gospodarującą
- mój miesięczny dochód wynosi do 1051,50 zł
- mój miesięczny dochód wynosi 1051,51 zł i więcej

2.

- jestem osobą funkcjonującą w rodzinie (nie gospodaruję samodzielnie)
- mój miesięczny dochód wynosi do 792,00 zł
- mój miesięczny dochód wynosi 792,01 zł i więcej

3.

- jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną\*
- jestem osobą niepełnosprawną w stopniu znaczny\*
- jestem osobą niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym\*
- jestem osobą niepełnosprawną w stopniu lekkim\*

4.

- jestem osobą niesamodzielną z niemożnością wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności życiowych\*

5.

- jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa\*\*
- jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy\*\*
- jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego\*\*

\* obowiązek potwierdzenia odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia po zakwalifikowaniu się do projektu (zaświadczenie lekarskie i ocena skalą Barthel)

\*\* oświadczenie kandydata/kandydatki

## II. Oświadczenia

1. Oświadczam, że na dzień przystąpienia do Projektu nie korzystam/korzystam z następujących form wsparcia:
  - usług asystenckich
  - krótkookresowego całodobowego i dziennego pobytu dla osób niesamodzielnych (np. w domu pomocy społecznej, domu seniora, świetlicach środowiskowych, innej podobnej instytucji) usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania
2. Oświadczam, iż zapoznałem(am) się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Wsparcie organizacji usług społecznych”.

## Pouczenie

**Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z § 233 Kodeksu Karnego.**

## III. Przetwarzanie danych osobowych:

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Raciborzu w celu prowadzenia rekrutacji do Projektu „Wsparcie organizacji usług społecznych”.**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Uczestnika/czki projektu/  
opiekuna prawnego

**Pouczenie:**

Zgodnie z RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do:

- a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii
- b) sprostowania (poprawiania) swoich danych
- c) żądania usunięcia, ograniczenia lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania

**Wypełnia osoba przyjmująca formularz zgłoszeniowy:**

<b>Wpłynęło:</b>	
data: .....	godz.: .....
lub data stempla pocztowego:.....	
Osoba przyjmująca:.....	
/czytelny podpis: imię i nazwisko/	

## Formularz dla kandydata do korzystania ze wsparcia w mieszkaniu wspomagany

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY „Wsparcie organizacji usług społecznych ”

Dane kandydata do projektu:

**Imię i nazwisko:**

.....

**PESEL:**

.....

**Adres zamieszkania:**

Województwo:.....

Miejscowość:.....

Ulica, nr domu:.....

Nr lokalu:.....

Kod pocztowy: .....

Telefon stacjonarny:.....

Telefon komórkowy: .....

E-mail: .....

Wiek: .....

Płeć: .....

Seria i nr dowodu osobistego.....

**Dane osoby zgłaszającej/ opiekuna faktycznego (osoba opiekująca się osobą  
niesamodzielną lub jeżeli działa prawnie w imieniu kandydata):**

Nazwisko i imię.....

stopień pokrewieństwa/status prawny.....

Adres zamieszkania.....

Telefon kontaktowy.....

Seria i nr dowodu osobistego.....

**Dane dodatkowe:**

#### IV. Status uczestnika Projektu

1.

- jestem osobą samotnie gospodarującą
- mój miesięczny dochód wynosi do 1051,50 zł
- mój miesięczny dochód wynosi 1051,51zł i więcej

2.

- jestem osobą funkcjonującą w rodzinie(nie gospodaruję samodzielnie)
- mój miesięczny dochód wynosi do 792,00 zł
- mój miesięczny dochód wynosi 792,01 zł i więcej

3.

- jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną\*
- jestem osobą niepełnosprawną w stopniu znaczny\*
- jestem osobą niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym\*
- jestem osobą niepełnosprawną w stopniu lekkim\*

4.

- jestem osobą niesamodzielną z niemożnością wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności życiowych\*

5.

- jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa\*\*
- jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy\*\*
- jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego\*\*

\*obowiązek potwierdzenia odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia po zakwalifikowaniu się do projektu(zaświadczenie lekarskie i ocena skalą Barthel)

\*\* oświadczenie kandydata/kandydatki

## V. Oświadczenia

1. Oświadczam, że na dzień przystąpienia do Projektu nie korzystam/korzystam z następujących form wsparcia:

- usług asystenckich
- krótkookresowego całodobowego i dziennego pobytu dla osób niesamodzielnych (np. w domu pomocy społecznej, domu seniora, świetlicach środowiskowych ,innej podobnej instytucji)
- usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania

2. Oświadczam, iż zapoznałem(am) się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Wsparcie organizacji usług społecznych”.

## Pouczenie

**Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z § 233 Kodeksu Karnego.**

## VI. Przetwarzanie danych osobowych:

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Raciborzu w celu prowadzenia rekrutacji do Projektu „Wsparcie organizacji usług społecznych”.**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis kandydata do projektu/  
opiekuna prawnego

**Pouczenie:**

Zgodnie z RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do:

- a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii
- b) sprostowania (poprawiania) swoich danych
- c) żądania usunięcia, ograniczenia lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania

**Wypełnia osoba przyjmująca formularz zgłoszeniowy:**

<b>Wpłynęło:</b>	
data: .....	godz.: .....
lub data stempla pocztowego:.....	
Osoba przyjmująca:.....	
/czytelny podpis: imię i nazwisko/	

Miejscowość Racibórz, data.....

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
.....  
(Adres zamieszkania)

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE  
„WSPARCIE ORGANIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH”**

**realizowanym przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Raciborzu**

W ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego, OŚ priorytetowa IX. Włączenie społeczne, działania 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne Podziałanie 9.2.2 Rozwój Usług Społecznych i zdrowotnych – RIT

**Ja niżej podpisany/a pouczony/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, zgodnie z art.233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2018r. Poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam, że:**

1. Samodzielnie, z własnej inicjatywy deklaruję chęć udziału w projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowanym przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Raciborzu.
2. Zapoznałem/am się z zasadami udziału w wyżej wymienionym projekcie zawartymi w Regulaminie rekrutacji uczestników Projektu i je akceptuję.
3. Spełniam kryterium kwalifikowalności uprawniające do udziału w Projekcie.
4. Będę dobrowolnie i systematycznie uczestniczył/a w działaniach realizowanych w ramach Projektu.
5. Zapoznałem/am się z prawami i obowiązkami Uczestnika/czki Projektu oraz postanowieniami określonymi w Regulaminie rekrutacji uczestników Projektu oraz Regulaminie Uczestników Dziennego Domu Pomocy Społecznej „przy Placu Wolności”/Regulaminie Mieszkań Wspomaganych i akceptuję je.
6. Dane zawarte w oświadczeniu zgodne są ze stanem prawnym i faktycznym.
7. Zobowiązuję się poinformować pracownika merytorycznego o zmianach danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym (dane kontaktowe, dane kandydata/tki, status itp.).



8. Wyrażam zgodę na udział w badaniu ankietowym.

.....  
Przyjął

.....  
Czytelny podpis Uczestnika/czki projektu/  
opiekuna prawnego





Załącznik nr 3 do Regulaminu  
Rekrutacji Uczestników Projektu „WSPARCIE ORGANIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH”

Miejscowość Racibórz, data.....

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
.....  
(Adres zamieszkania)

### **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA UPUBLICZNIANIE WIZERUNKU**

W związku z przystąpieniem do Projektu „Wsparcie realizacji usług społecznych” realizowanym przez OPS w Raciborzu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego, Oś priorytetowa IX Włączenie społeczne, Działanie 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.2. Rozwój usług społecznych i zdrowotnych – RIT wyrażam zgodę na upublicznienie mojego wizerunku dla potrzeb realizacji projektu.

.....  
Czytelny podpis opiekuna prawnego

.....  
Czytelny podpis Uczestnika/czki projektu

Miejscowość Racibórz, data.....

## **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU „WSPARCIE ORGANIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH” DOT. PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Wsparcie organizacji usług społecznych” przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Śląskiego, z siedzibą przy ul. Ligonía 46, 40-037 Katowice, adres email: [kancelaria@slaskie.pl](mailto:kancelaria@slaskie.pl), strona internetowa: [bip.slaskie.pl](http://bip.slaskie.pl).
- 2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych (inspektor ochrony danych), adres email: [daneosobowe@slaskie.pl](mailto:daneosobowe@slaskie.pl).
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane przez administratora w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności:
  - udzielenia wsparcia
  - potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
  - monitoringu
  - ewaluacji
  - kontroli
  - audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
  - sprawozdawczości
  - rozliczenia projektu
  - odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania
  - zachowania trwałości projektu
  - archiwizacji
  - badań i analiz.
- 4) Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążący na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g 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 - dalej: RODO), wynikający z:
  - a) art.125 i 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 - dalej: Rozporządzenie ogólne;

b) 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.

- 5) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - ..... (nazwa i adres Beneficjenta).
- 6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta, ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego, dostawcom systemów informatycznych i usług IT, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 7) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art.140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
- 8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) Administrator danych osobowych, na mocy art. 17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
- 10) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
- 11) Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:

- 1) W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem\*.
- 2) W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem\*.
- 3) Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluację/analizę/ekspertyzę na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Uczestnika/czki projektu/  
opiekuna prawnego\*\*

\*Niepotrzebne skreślić (wykreśla Beneficjent w zależności od ogłoszonego konkursu).

\*\*W przypadku uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna



Załącznik nr 5 do Regulaminu  
Rekrutacji Uczestników Projektu „WSPARCIE ORGANIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH”

Miejscowość Racibórz, data.....

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(Adres zamieszkania)

### **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU O NIEKORZYSTANIU ZE WSPARCIA TOŻSAMEGO**

W związku z przystąpieniem do projektu „Wsparcie organizacji usług społecznych” realizowanym przez OPS Racibórz w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego, Oś priorytetowa IX Włączenie społeczne, Działanie 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.2. Rozwój usług społecznych i zdrowotnych- RIT, oświadczam, że nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych działaniach i Priorytetach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

.....  
Czytelny podpis opiekuna prawnego

.....  
Czytelny podpis Uczestnika/czki projektu

## OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU Z PROGRAMU OPERACYJNEGO POMOC ŻYWNOŚCIOWA 2014-2020

Ja niżej podpisany/a

.....  
oświadczam, że jestem osobą, która:

- korzysta** z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020
  
- nie korzysta** z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020

Ponadto oświadczam, iż zakres uzyskanego wsparcia w ramach projektu „Wsparcie organizacji usług społecznych” nie będzie powielał działań, które otrzymuję z programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ 2014-2020) w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ 2014-2020.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań lub oświadczeń mających służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub administracyjnym wynikającej z przepisów art. 233 Kodeksu karnego potwierdzam, i powyższe oświadczenie jest zgodne z prawdą, wyczerpujące i zupełne.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Uczestnika/czki projektu

.....  
Przyjął

## KWESTIONARIUSZ REKRUTACYJNY DLA POTENCJALNYCH UCZESTNIKÓW PROJEKTU „WSPARCIE ORGANIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH”

I. Proponowany uczestnik/czka projektu:

Imię i nazwisko:.....

Adres: Racibórz, ul. ....

Data urodzenia:.....Wykształcenie:.....

Źródło dochodu (proszę wymienić) i wysokość dochodu (potwierdzone decyzją emerytalną lub rentową lub inną):

II. Uczestnik/czka projektu, to mieszkaniec/ka obszaru objętego rewitalizacją/obszaru nie objętego rewitalizacją:

1. Osoba niesamodzielną w wieku 60+.
2. Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub z niepełnosprawnościami sprzężonymi.
3. Osoba z niepełnosprawnością intelektualną.
4. Osoba z zaburzeniami psychicznymi.
5. Osoba wykluczona społecznie lub zagrożona ubóstwem/ wykluczeniem społecznym.
6. Osoba z problemami w sprawach opiekuńczych.
7. Osoba odbywająca karę pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego.
8. Osoba z otoczenia osób wykluczonych lub zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.
9. Osoba lub rodzina korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej.
10. Osoba niesamodzielną.
11. Osoba bezdomna.
12. Osoba bądź rodzina korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.

III. Działania, którymi można objąć osobę/rodzinę:

.....

.....

.....

.....

.....



IV. Członkowie wspólnego gospodarstwa domowego:

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Pokrewieństwo	Dodatkowe informacje
1				
2				
3				
4				
5				

V. Opinia Pracownika Socjalnego lub dodatkowe informacje o rodzinie:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Wyrażam zgodę na udział w Projekcie

Nie wyrażam zgody na udział w Projekcie

.....  
Podpis potencjalnego Uczestnika/czki

.....  
Podpis potencjalnego Uczestnika/czki

Racibórz, dnia: .....

.....  
Podpis/pieczęć Pracownika socjalnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Raciborzu działań rekrutacyjnych w ramach Projektu „Wsparcie organizacji usług społecznych”.

Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami zawartymi w klauzuli informacyjnej RODO będącej jednym z załączników do Regulaminu rekrutacji uczestników Projektu.

.....  
Data i podpis potencjalnego Uczestnika/czki

## ARKUSZ PUNKTÓW REKRUTACYJNYCH POTENCJALNYCH UCZESTNIKÓW

IMIĘ I NAZWISKO POTENCJALNEGO UCZESTNIKA/CZKI:.....

ADRES ZAMIESZKANIA: Racibórz, ul.....

Płeć:  kobieta  mężczyzna

### SZCZEGÓŁOWA PUNKTACJA:

#### DLA UCZESTNIKÓW DZIENNEGO DOMU POMOCY:

Kryterium	Kryterium szczegółowe	Liczba punktów
Zaliczenie do grupy osób niepełnosprawnych (na podstawie orzeczenia lub innego dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność) lub niesamodzielnymi (na podstawie oświadczenia z wypełnioną skalą Barthel lub zaświadczenia lekarskiego)	Osoba niepełnosprawna lub niesamodzielną	1pkt
	Osoba ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności lub z niepełnosprawnością sprzężoną	2pkt
Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 - 2020	Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	1pkt
	Osoba nie korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	0pkt
Zaliczenie do grupy osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie ze Słownikiem terminologicznym z Wytycznych w zakresie zasad realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014 - 2020 tj. : <ul style="list-style-type: none"> <li>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;</li> </ul>	Osoba doświadczająca wykluczenia z powodu 1 okoliczności określonej w Wytycznych	1pkt
	Osoba doświadczająca wykluczenia z powodu więcej niż 1 okoliczności określonej w Wytycznych	2pkt



<ul style="list-style-type: none"> <li>osoby, o których mowa w art1 ust.2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;</li> <li>osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą;</li> <li>osoby z niepełnosprawnością;</li> <li>osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;</li> <li>osoby niesamodzielne, potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;</li> <li>osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań;</li> <li>osoby odbywające karę pozbawienia wolności;</li> <li>osoby korzystające z POPZ.</li> </ul>		
---	--	--

### **DLA MIESZKAŃCÓW MIESZKAŃ WSPOMAGANYCH / WSPIERANYCH**

Kryterium	Kryterium szczegółowe	Liczba punktów
Zaliczenie do grupy osób niepełnosprawnych (na podstawie orzeczenia lub innego dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność) lub niesamodzielnych (na podstawie zaświadczenia lekarskiego z wypełnioną skalą Barthel). Niezbędne zaświadczenie lekarskie oraz opinia psychologa o osobie przyjmowanej.	Osoba niepełnosprawna lub niesamodzielna	1pkt
	Osoba ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności lub z niepełnosprawnością sprzężoną	2pkt
Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 - 2020	Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	1pkt
	Osoba nie korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	0pkt
Zaliczenie do grupy osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie ze Słownikiem terminologicznym z Wytycznych w zakresie zasad realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014 - 2020 tj. :	Osoba doświadczająca wykluczenia z powodu 1 okoliczności określonej w Wytycznych	1pkt
	Osoba doświadczająca wykluczenia z powodu więcej niż 1 okoliczności określonej w Wytycznych	2pkt

<ul style="list-style-type: none"><li>• 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;</li><li>• osoby, o których mowa w art 1 ust.2;</li><li>• ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą;</li><li>• osoby z niepełnosprawnością;</li><li>• osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy</li><li>• osoby niesamodzielne, potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;</li><li>• osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań;</li><li>• osoby odbywające kare pozbawienia wolności;</li><li>• osoby korzystające z POPZ.</li></ul>		
---	--	--

**SUMA UZYSKANYCH PUNKTÓW: .....**

Decyzja Komisji Rekrutacyjnej:

.....  
.....

Racibórz, dnia .....

Podpisy Komisji Rekrutacyjnej:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



Załącznik nr 9 do Regulaminu  
Rekrutacji Uczestników Projektu „WSPARCIE ORGANIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH”

Miejscowość Racibórz, data.....

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
.....  
(Adres zamieszkania)

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że ze względu na:

- podeszły wiek, choroby przewlekłe, zły stan zdrowia, wady wrodzone, ustalony stopień niepełnosprawności\*

nie jestem w stanie samodzielnie zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych i wymagam opieki lub/i pomocy innych osób z powodu naruszenia sprawności organizmu zakresie:

- odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała, higieny osobistej i otoczenia, prowadzenia gospodarstwa domowego\*

.....  
Przyjął

.....  
Podpis Uczestnika/czki

\*właściwe podkreślić



Załącznik nr 10 do Regulaminu  
Rekrutacji Uczestników Projektu „WSPARCIE ORGANIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH”

Miejscowość Racibórz, data.....

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
.....  
(Adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU O  
ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA SKŁADANIE INFORMACJI  
NIEZGODNYCH Z PRAWDĄ  
„Wsparcie organizacji usług społecznych”**

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą danych i niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

„Art. 233 § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”

.....  
Przyjął

.....  
Czytelny podpis uczestnika/czki projektu  
/opiekuna prawnego



## OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UDZIAŁU W PROJEKCIE „Wsparcie organizacji usług społecznych”

.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
(PESEL)

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, iż rezygnuję z udziału w projekcie w Projekcie „Wsparcie organizacji usług społecznych” realizowanym przez OPS Racibórz w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego, Oś priorytetowa IX Włączenie społeczne, Działanie 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1. Rozwój usług społecznych i zdrowotnych- RIT,

jednocześnie informuję, iż przyczyną mojej rezygnacji z udziału w projekcie jest:

.....  
.....  
.....

Ponadto oświadczam, iż ww. powody rezygnacji nie były mi znane w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie oraz że zapoznałem/łam się z zasadami rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie zawartymi w regulaminie rekrutacji i uczestnictwa.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis uczestnika/czki

.....  
Przyjął

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań lub oświadczeń mających służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub administracyjnym wynikającej z przepisów art. 233 Kodeksu karnego potwierdzam, iż powyższe oświadczenie jest zgodne z prawdą, wyczerpujące i zupełne.

.....  
Czytelny podpis uczestnika/czki projektu



**Kontrakt nr ..... /DDP/MW/2021 z dnia .....**

Świadczenie WSPARCIE W DZIENNYM DOMU POMOCY/ WSPARCIE W  
MIESZKANIACH WSPOMAGANYCH w projekcie:  
**„Wsparcie organizacji usług społecznych”**  
w ramach RPO WSL na lata 2014 - 2020

zawarty w Raciborzu pomiędzy:

**Miastem Racibórz – Ośrodkiem Pomocy Społecznej**

**w Raciborzu** (zwanym dalej Realizatorem), reprezentowanym przez –

.....,

a

**imię i nazwisko:**.....

zamieszkałym/ą: .....

PESEL:

.....

zwanym/ą dalej uczestnikiem/czką, przy udziale:

**Zespołu w składzie:**

.....

zwanym/ą dalej Zespołem (odpowiedzialnym za realizację usług). W ramach realizacji  
Projektu: „Wsparcie organizacji usług społecznych” (zwanego dalej Projektem).

**Projekt „Wsparcie organizacji usług społecznych” realizowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Priorytet IX Włączenie społeczne, Działanie 9.2 Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.2 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych – RIT.**

## § 1

1. Przedmiotem niniejszego kontraktu jest udzielenie uczestnikowi/czce projektu wsparcia poprzez zastosowanie odpowiednich usług o charakterze społecznym, zdrowotnym:

.....  
.....  
.....  
.....

Podpis Zespołu:

.....  
.....  
.....  
.....

2. Udzielenie wsparcia ma na celu deinstytucjonalizację, upowszechnienie i zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych dla osób zamieszkujących w Raciborzu.
3. Wsparcie udzielane jest od dnia podpisania kontraktu do .....
4. Udział uczestnika/czki w działaniach projektowych jest nieodpłatny/odpłatny w wysokości .....

## § 2

1. Przedmiot niniejszego kontraktu jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WSL na lata 2014-2020 zgodnie z umową o dofinansowanie WND-RPSL.09.02.02-24-01H5/19.
2. Wsparcie udzielane jest przez Realizatora w Ośrodku Pomocy Społecznej w Raciborzu na podstawie 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.

## § 3

1. Uczestnik/czka projektu zobowiązuje się do:
  - 1) podpisania kontraktu,
  - 2) zapoznania się z Regulaminem rekrutacji uczestników projektu i Regulaminem Uczestników Dziennego Domu Pomocy Społecznej „przy PI .Wolności”/ Regulaminem mieszkań wspomaganych i ich przestrzegania,
  - 3) podpisania dobrowolnej deklaracji uczestnictwa w projekcie oraz wymaganych dokumentów projektowych,
  - 4) czynnego udziału w działaniach projektowych określonych w §1,
  - 5) zgłaszania wszystkich nieobecności zgodnie z zapisami w regulaminie,
  - 6) brania udziału w badaniach ankietowych dotyczących przebiegu realizacji projektu, jak i jego efektów w terminie do 6 miesięcy po zakończeniu procesu wspierania,
  - 7) terminowego regulowania opłat określonych w §1 pkt4.
2. Udział w działaniach projektowych będzie potwierdzany na bieżąco wpisem uczestnika/czki na odpowiednim formularzu.
3. W przypadku rezygnacji lub przerwania udziału w projekcie uczestnik/czka zobowiązuje się do złożenia pisemnego oświadczenia ze wskazaniem przyczyny. W przypadku gdy rezygnacja nastąpiła z ważnych, udokumentowanych powodów osobistych lub zdrowotnych, niemożliwych do przewidzenia w chwili podpisania deklaracji np.: długotrwała choroba powodująca niemożność uczestnictwa w projekcie uczestnik potwierdza to zaświadczeniem lekarskim lub pisemnym oświadczeniem złożonym pod rygorem odpowiedzialności karnej.

## § 4

1. Każdej ze stron przysługuje prawo rozwiązania niniejszego kontraktu z uzasadnionej przyczyny.  
Oświadczenie o rozwiązaniu kontraktu wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W przypadku:
  - 1) naruszenia przez uczestnika/czkę postanowień niniejszego kontraktu i/lub Regulaminu Uczestników Dziennego Domu/Regulaminu Mieszkań Wspomaganych ,
  - 2) odmowy współpracy uczestnika/czki z personelem zespołu,
  - 3) odmowy podjęcia przez uczestnika/czkę uczestnictwa w zajęciach wynikających z działań projektu i/lub zatajenie informacji o faktycznym stanie zdrowia, zespół projektowy wezwie na piśmie uczestnika/czkę do zaprzestania naruszania warunków kontraktu oraz wezwie do podjęcia stosownych działań/zaniechań w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania z pouczeniem o konsekwencjach niestosowania się do otrzymanego wezwania przewidzianych w regulaminie dziennego domu pomocy/regulaminie mieszkań wspomaganych. W przypadku, gdy wezwanie pozostanie bezskuteczne – zespół projektowy ma prawo rozwiązać kontrakt ze skutkiem natychmiastowym.

## § 5

1. Postanowienia niniejszego kontraktu podlegają prawu polskiemu i Unii Europejskiej.
2. Wszelkie zmiany kontraktu wymagają formy pisemnej (aneksu), pod rygorem nieważności.
3. Wszelkie spory pomiędzy OPS a uczestnikiem/czką projektu, związane z realizacją kontraktu podlegają rozstrzygnięciu przez Sąd Rejonowy w Raciborzu.
4. Kontrakt sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.
5. Kontrakt wchodzi w życie w dniu podpisania go przez obie strony.

.....  
Podpis osoby reprezentującej OPS

.....  
Podpis uczestnika/czki  
(lub przedstawiciela ustawowego)

\*niepotrzebne skreślić



## UMOWA dotycząca pobytu w mieszkaniu wspomaganym

zawarta w dniu .....r.  
pomiędzy:

Miastem Racibórz – Ośrodkiem Pomocy Społecznej reprezentowanym przez  
..... zwanym dalej Prowadzącym Mieszkania Wspomagane –  
a  
Panem/Panią.....(pesel).....  
(nr dowodu osobistego) ..... – zwanym/ą dalej  
Mieszkańcem/Mieszkanką, o następującej treści:

### § 1

1. Na podstawie decyzji Zespołu Rekrutacyjnego wydanego w dniu.....przynającego  
Panu/Pani..... pomoc w formie pobytu  
„w mieszkaniu wspomaganym”(adres): .....

.....  
Prowadzący przekazuje do używania przedmiotowy lokal wyposażony w kuchenkę  
elektryczną, zlewozmywak, szafkę pod zlewozmywak, wyposażenie łazienki  
(umywalka, ubikacja, natrysk, pochwyty łazienkowe) - zgodnie ze spisem znajdującym  
się w mieszkaniu wspomaganym nr..... i w dokumentacji dotyczącej lokalu. Protokół  
zdawczo - odbiorczy przekazania mieszkania stanowi załącznik nr 1 do niniejszej  
umowy.

### § 2

1. Mieszkaniec/Mieszkanka zobowiązuje się do korzystania z pomieszczeń i wyposażenia,  
o którym mowa w § 1 zgodnie z ich przeznaczeniem.
2. Wszelkie zmiany i ulepszenia dokonywane w mieszkaniu i jego wyposażeniu wymagają  
zgody Prowadzącego wyrażonej na piśmie.
3. Za wszelkie szkody wyrządzone w mieszkaniu przez osoby odwiedzające odpowiada  
Mieszkaniec/Mieszkanka.
4. Szczegółowy zakres uprawnień i obowiązków Mieszkańca/Mieszkanki zawiera  
„Regulamin Mieszkań Wspomaganych”.
5. Wyposażenie mieszkania we własnych meble i sprzęt jest możliwe po uprzednim  
uzgodnieniu tego faktu z opiekunem mieszkań wspomaganych. Mieszkaniec ponosi  
wyłączną odpowiedzialność za swój majątek osobisty.

### § 3

Mieszkaniec/Mieszkanka zobowiązuje się do:

- 1) realizacji Indywidualnego Planu Wspierania w kierunku podtrzymywania  
samodzielności życiowej;
- 2) współpracy z pracownikami projektu mieszkań wspomaganych oraz do współpracy  
z innymi służbami;

- 3) informowania opiekuna mieszkań wspomaganych o każdej zmianie sytuacji osobistej, dochodowej, prawnej, majątkowej i uwzględniania jej w indywidualnym planie wspierania;
- 4) dbania o powierzone mieszkanie i sprzęty;
- 5) budowania dobrych relacji ze współmieszkańcami opierających się na: wzajemnym szacunku, poszanowaniu prywatności, szacunku do cudzego mienia, zapewnieniu spokoju, uszanowaniu ciszy nocnej, zachowaniu kultury osobistej, konstruktywnym rozwiązywaniu konfliktów, nieużywaniu przemocy (fizycznej, psychicznej, werbalnej);
- 6) budowania dobrych relacji z sąsiadami, współpracy z otoczeniem, przestrzegania zasad współżycia społecznego;
- 7) przestrzegania „Regulaminu mieszkań wspomaganych”.

#### § 4

1. Umowa zostaje zawarta na okres ..... miesięcy, z możliwością jej przedłużenia w uzasadnionych przypadkach. Okres przedłużenia ustalony jest indywidualnie i wymaga sporządzenia aneksu, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszej umowy z zastrzeżeniem ust. 2 i następnym. Przedłużenie umowy następuje na okres nie dłuższy niż do czasu zakończenia realizacji projektu.
2. Strony mogą niniejszą umowę rozwiązać w każdym czasie na mocy porozumienia stron.
3. Umowa niniejsza może ulec rozwiązaniu ze skutkiem natychmiastowym w sytuacjach określonych w Kontrakcie nr.....z dnia..... zawartym pomiędzy uczestnikiem a .....

#### § 5

1. Mieszkaniec/Mieszkanka za korzystanie z mieszkania zapłaci opłatę w wysokości ..... zł miesięcznie.
2. Płatność regulowana będzie do 20-go dnia każdego miesiąca na konto ..... (nr konta).
3. Opłaty za media Mieszkaniec ureguje dostawcom na podstawie wskazań liczników oraz zawartych umów.

#### § 6

W sprawach spornych oraz nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

#### § 7

Wszelkie zmiany treści niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

#### § 8

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....  
Prowadzący Mieszkania Wspomagane

.....  
Mieszkaniec/Mieszkanka

Racibórz, .....

**Protokół zdawczo-odbiorczy**

Dotyczy uczestnika: .....

Dotyczy mieszkania: **47-400 Racibórz, ul. Plac Wolności 8/.....****KLUCZE**

Nazwa	Ilość	Opis dodatkowy
Kod do domofonu		
Klucz do skrzynki pocztowej		
Klucze do mieszkania		

**LICZNIKI**

Nazwa	Numer licznika	Stan licznika	Stan plomb
Woda zimna		m <sup>3</sup>	
Woda ciepła		m <sup>3</sup>	
Energia elektryczna		kWh	

**POKÓJ**

Nazwa	Ilość	Opis dodatkowy
Okna		
Drzwi		
Linoleum/plytki ceramiczne		
Stan ścian i sufitu		
Grzejnik		
Lampa		
Kuchenka elektryczna z piekarnikiem		
Zlewozmywak jednokomorowy/dwukomorowy z ociekaczem		
Szafka pod zlewozmywak		
Instalacja przyzywowa		
Domofon		

## ŁAZIENKA

Nazwa	Ilość	Opis dodatkowy
Okna		
Drzwi		
Płytki ceramiczne		
Stan ścian i sufitu		
Grzejnik		
Lampa		
Natrysk		
Zasłona prysznicowa		
WC		
Umywalka		
Pochwyty łazienkowe		
Instalacja przyzywowa		

.....  
Podpis opiekuna mieszkań wspomaganych

.....  
Podpis uczestnika projektu



Załącznik nr 2 do Umowy  
dotycząca pobytu w mieszkaniu wspomagany w Projekcie „WSPARCIE ORGANIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH

## ANEKS

z dnia ..... do Kontraktu nr .....  
Świadczenie WSPARCIE W MIESZKANIACH WSPOMAGANYCH  
w Projekcie: „Wsparcie organizacji usług społecznych”  
w ramach RPO WSL na lata 2014 – 2020  
zawartego u dniu ..... pomiędzy:

**Miastem Racibórz - Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Raciborzu**  
(zwanym dalej Realizatorem), reprezentowanym  
przez – .....,  
a  
**imię i nazwisko:** .....  
zamieszkałym/ą:.....  
PESEL:.....

### § 1

Niniejszym aneksem strony zmieniają w § ..... kontraktu, o którym mowa w  
preambule w ten sposób, że otrzymuje on brzmienie:

.....

### § 2

Aneks wchodzi w życie z dniem jego podpisania.

### § 3

Pozostałe postanowienia kontraktu nie ulegają zmianie.

### § 4

Niniejszy aneks został sporządzony w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla  
każdej ze stron.

.....  
Podpis osoby reprezentującej OPS

.....  
Podpis opiekuna mieszkań

.....  
Podpis uczestnika/czki  
lub przedstawiciela  
ustawowego

## KARTA OCENY STANU PACJENTA WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL .....

L/p	NAZWA CZYNNOŚCI *	WARTOŚĆ PUNKTOWA **/
1.	<b>Spożywanie posiłków</b> 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać, 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10= samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie</b> 0= nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5= przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15=samodzielny	
3.	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0= nie korzysta w ogóle z toalety 5= potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10=samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	<b>Mycie i kąpiel całego ciała</b> 0= kapany w wannie przy pomocy podnośnika 5= wymaga pomocy 10=samodzielny	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</b> 0= w ogóle nie porusza się 5= porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciu sprzętu wspomagającego	

7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5= potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji, przenoszenia 10= samodzielny	
8.	<b>Ubieranie się i rozbieranie</b> 0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby 5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10= samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł)	
9.	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu</b> 0= nie panuje nad oddawaniem stolca 5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10= kontroluje oddawanie stolca	
10.	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego</b> 0= nie panuje nad oddawaniem moczu 5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10= kontroluje oddawanie moczu	
<b>Łączna liczba punktów (wynik oceny) ***</b>		

Dodatkowe, inne niż wymienione wyżej, przesłanki świadczące o zakwalifikowaniu pacjenta do grupy osób niesamodzielnych tj. osób które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

.....  
 .....  
 .....

data, pieczęć, podpis lekarza  
POZ/specjalisty

\* w punktach 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

\*\* wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

\*\*\* w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

Miejscowość .....

.....  
Pieczętka ZOZ lub NZOZ

Data .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO O STANIE ZDROWIA DLA OSOBY  
UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO MIESZKANIA WSPOMAGANEGO**

Imię i nazwisko, Wiek  
.....

Adres zamieszkania /pobytu/ .....

1. Opis aktualnego stanu zdrowia, przebieg leczenia, zalecone stałe leki, hospitalizacje:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Informacje o sprawności w zakresie lokomocji osoby:

.....  
.....

3. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:.....

.....

4. Ewentualne uwagi/zalecenie koniecznych konsultacji specjalistycznych

.....  
.....

6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia osoby w mieszkaniu wspomaganym

.....

.....  
(Pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)





## ZAŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do mieszkań wspomaganych

.....

2. Stwierdza się upośledzenie umysłowe w stopniu .....IQ.....

3. Charakterystyka osoby ubiegającej się o skierowanie do mieszkań wspomaganych pod względem:

a) intelektualnym.....

.....

.....

b) emocjonalnym.....

.....

.....

c) społecznym.....

.....

.....

4. Najbardziej charakterystyczne cechy osobowości i zachowań

.....

.....

5. Czy osoba ubiegająca się o skierowanie do mieszkań wspomaganych pozostawała lub pozostaje pod opieką psychiatryczną, jeśli tak, to z jakiego powodu?

.....

.....

Czy była z tego powodu hospitalizowana, jeśli tak, to jak długo?

.....

6. Przebieg dotychczasowej terapii/rehabilitacji.....

.....

7. Psycholog (ewentualnie lekarz) prowadzący (imię i nazwisko, adres, nr telefonu)

.....

8. Uwagi uzupełniające i zalecenia psychologa.....

.....

.....

(Miejscowość i data)

(Podpis psychologa)