**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA**

**w ramach projektu**

**,,Usługi społeczne w Gminie Mirosławiec” nr FEPZ.06.18-IP.01-0020/24**

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus
w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027

**DANE UCZESTNIKA/CZKI**

**(proszę wybrać stawiając znak „X” przy wybranej opcji oraz wypełnić dane)**

|  |  |
| --- | --- |
| Obywatelstwo: | * obywatelstwo polskie
* brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE
* brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec
 |
| Rodzaj uczestnika:  | X indywidualny |
| Imię (imiona): |  |
| Nazwisko: |  |
| PESEL: |  |
| Wiek: |  |
| Wykształcenie: | * Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) [[1]](#footnote-1)
* Ponadgimnazjalne (ISCED 3) [[2]](#footnote-2)
* policealne (ISCED 4)
* Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie - ISCED 5-8)[[3]](#footnote-3)
 |
| Kraj: | POLSKA |
| Województwo: | ZACHODNIOPOMORSKIE  |
| Powiat: | WAŁECKI  |
| Gmina | MIROSŁAWIEC  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica i nr domu: |  |
| Kod pocztowy: | \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ |
| Telefon kontaktowy: |  |
| Adres e-mail: |  |

**STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba obcego pochodzenia | * TAK
* NIE
 |
| Osoba państwa trzeciego | * TAK
* NIE
 |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej ( w tym społeczności marginalizowane) | * TAK
* NIE
* odmowa podania informacji
 |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  | * TAK
* NIE
 |
| Osoba z niepełnosprawnościami (jeśli tak, dołączyć kopię orzeczenia) | * TAK
* NIE
* odmowa podania informacji
 |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu : | * osoba bezrobotna, w tym:
* osoba długotrwale bezrobotna
* inne

-------------------------------------------------------------------* osoba bierna zawodowo, w tym:
* osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
* osoba ucząca się/odbywająca kształcenie
* inne

------------------------------------------------------------------* osoba pracująca, w tym:
* osoba prowadząca działalność na własny

rachunek* osoba pracująca w administracji rządowej
* osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)
* osoba pracująca w organizacji pozarządowej
* osoba pracująca w MMŚP
 |

 **KRYTERIA PREMIUJĄCE**

|  |  |
| --- | --- |
| Osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności/ osobą z niepełnosprawnością sprzężoną (+12 pkt)  | * TAK
* NIE
 |
| Osoba z chorobami psychicznymi/ osoba z niepełnosprawnością intelektualną (+12 pkt) | * TAK
* NIE
 |
| Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (zgodnie z MSKCiPZ ICD10) (+12 pkt) | * TAK
* NIE
 |
| Osoby korzystająca z programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa (+12 pkt) | * TAK
* NIE
 |
| Osoba w wieku poprodukcyjnym (+ 5 pkt)  | * TAK
* NIE
 |
| Osoba której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą w 2024 r. 1164,00 zł / w 2025 r. 1515,00 zł lub na osobę w rodzinie w 2024 r. 900,00 zł / w 2025 r. 1234,50 zł), zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej) (+60 pkt) | * TAK
* NIE
 |
| Osoba potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu więcej niż 1 z przesłanek (stan zdrowia/wiek/niepełnosprawność) (+12 pkt) | * TAK
* NIE
 |

|  |
| --- |
| **RODZAJ WSPARCIA** |
| Proszę wybrać rodzaj wsparcia, o które ubiega się kandydat: | Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania | * TAK
* NIE
 |
| Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania  | * TAK:
	+ usługa pielęgniarska
	+ usługa rehabilitacyjna
	+ usługa psychologiczna
* NIE
 |
| Wypożyczalnia sprzętu | * TAK
* NIE
 |
| Transport indywidualny typu door-to-door | * TAK
* NIE
 |
| Klub Seniora  | * TAK - proszę zaznaczyć dogodną lokalizację:
* Mirosławiec
* Mirosławiec Górny
* Hanki
* Łowicz Wałecki
* Piecnik

□ NIE |

**INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEGÓLNYCH POTRZEB WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W ZWIĄZKU Z REALIZACJĄ WSPARCIA**

[proszę wybrać stawiając znak „X” przy wybranej opcji jeśli dotyczy]

* Nie posiadam szczególnych potrzeb
* Posiadam szczególne potrzeby [proszę o wskazanie poniżej potrzeby]

|  |  |
| --- | --- |
| * pętla indukcyjna
* tłumacz migowy
* powiększony tekst
 | * podjazd
* inne: jakie?
 |

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

 ……………………………………………….

Miejsce, data i podpis uczestnika

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Deklaruję uczestnictwo w projekcie pn. **,,Usługi społeczne w Gminie Mirosławiec”** nrFEPZ.06.18-IP.01-0020/24 realizowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027. Zobowiązuję się po zakończeniu udziału w projekcie do przekazywania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźnika rezultatu bezpośredniego (np. status na rynku pracy, udział w kształceniu lub szkoleniu) do 4 tygodni od zakończonego udziału w projekcie oraz przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym, zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027.

Oświadczam, że:

* jestem osobą zamieszkującą Gminę Mirosławiec (tj. SSW[[4]](#footnote-4)) w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego;
* nie uczestniczę w tym samym czasie w innym projekcie Działania: FEPZ.06.18 programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 i/lub w projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+
* Jestem osobą w wieku 60+
* Jestem osobą potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na stan zdrowia, wiek lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Jednocześnie oświadczam, że:

* Zawarte w Formularzu zgłoszeniowym do projektu dane są zgodne z prawdą i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Beneficjenta o zaistniałych zmianach;
* Oświadczam, że zapoznałam się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;
* Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie;
* Oświadczam, że zostałam poinformowana, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego+

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………….. ……………………………………

Miejscowość, data czytelny podpis

 ***KLAUZULA INFORMACYJNA***

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. **,,Usługi społeczne w Gminie Mirosławiec”** przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Beneficjent tj. Gmina Mirosławiec, który udostępnia dane osobowe innym administratorom danych osobowych zgodnie z przepisami prawa w szczególności na podstawie ustawy wdrożeniowej, w tym; Instytucji Zarządzającej programem Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Zarządowi Województwa Zachodniopomorskiego, Instytucji Pośredniczącej programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, Instytucji Koordynującej Umowę Partnerstwa tj. Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji: Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mirosławcu.
2. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach
FEPZ 2021-2027. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
3. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. a i c oraz art. 9 ust. 2 lit. a i g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 (FEPZ) na podstawie:
4. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
5. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
6. Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 (Dz.U. 2022 poz. 1079 z późn. zm.);
7. Udostępnione przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu pn. „Usługi społeczne w Gminie Mirosławiec”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach FEPZ 2021-2027.
8. Kategorie danych osobowych, które będą przetwarzane: dane zwykłe oraz szczególne[[5]](#footnote-5)
9. Dodatkowo w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji. W ciągu 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia FEPZ 2021-2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
12. W sprawach związanych z moimi danymi mogę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanym adresem poczty elektronicznej:
13. iod@mgops.miroslawiec.pl
14. iod@wup.pl
15. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2,
00-193 Warszawa.
16. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
17. Przysługuje mi prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.
18. Podanie danych jest warunkiem wynikającym z ustawy wdrożeniowej, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem udzielenia wsparcia w ramach projektu.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\** |

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

**OŚWIADCZENIE**

**O WYRAŻENIU ZGODY NA UDOSTĘPNIENIE WIZERUNKU**

Ja, niżej podpisana/podpisany, działając w imieniu własnym na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oświadczam, że niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym mojego wizerunku przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mirosławcu, z siedzibą przy ul. Polnej 23,78-650 Mirosławiec (zwanymi dalej MGOPS), zgodnie z zapisami 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 przepisów prawa krajowego.

W szczególności zgoda obejmuje nieodpłatne używanie, wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku utrwalonych jakąkolwiek techniką, na wszelkich nośnikach (w tym w postaci fotografii i dokumentacji filmowej lub dźwiękowej) na potrzeby realizowanego projektu pn. ,,Usługi społeczne w Gminie Mirosławiec’’ FEPZ.06.18-IP.01-0020/24**.** Niniejsza zgoda jest nieodpłatna, nie jest ograniczona ilościowo, czasowo ani terytorialnie.

W razie potrzeby mój wizerunek może być użyty do różnego rodzaju form elektronicznego przetwarzanie, kadrowania i kompozycji, a także zestawiony z wizerunkiem innych osób, może być uzupełniony towarzyszącym komentarzem, natomiast nagranie filmowe i dźwiękowe z moim udziałem mogą być cięte, montowane, modyfikowane, dodawane do innych materiałów powstających na potrzeby promocji projektu oraz potwierdzenie udzielonego wsparcia w ramach niniejszego projektu – bez obowiązku akceptacji produktu końcowego. Niniejsze zgoda obejmuje wszystkie formy publikacji, w szczególności rozpowszechnianie w Internecie (w tym na portalach społecznościowych Facebook, Twitter, You Tube itp. Wizerunek nie może być użyty w formie lub publikacji dla mnie obraźliwej lub naruszyć w inny sposób moje dobra osobiste. Przyjmuję do wiadomości, że w każdej chwili mogę wycofać swoją zgodę, aby od tego momentu MGOPS nie wykorzystywał mojego wizerunku w jakichkolwiek nowych publikacjach powstałych po dacie wycofania zgody.

………………………………………………..
Data i podpis osoby udzielającej zgody

………………………………………………...
Data i podpis osoby reprezentującej

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mirosławcu

**ZAŁĄCZNIKI (proszę zaznaczyć właściwe):**

**Obligatoryjne:**

* zaświadczenie od lekarza lub odpowiednie orzeczenie lub orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia lekarska lub inny dokument poświadczający stan zdrowia[[6]](#footnote-6) -sporządzone przez lekarza na oficjalnym druku lub na wzorze: **Załącznik nr 2– wzór zaświadczenia lekarza o stanie zdrowia**
* dokument potwierdzający zamieszkiwanie na terenie województwa zachodniopomorskiego, w przypadku jego braku: oświadczenie o miejscu stałego pobytu **Załącznik nr 1 – wzór oświadczenia o miejscu pobytu stałego**

**Fakultatywne:**

* Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44, z późn.zm.) (jeśli dotyczy);
* Zalecenia lekarza lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej/fizjoterapii zalecające rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i/lub współpracę ze specjalistami w zakresie wspierania psychologicznopedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług opiekuńczych – dla osób ubiegających się o usługi rehabilitacyjne/ psychologiczne – na oficjalnym druku lub na wzorze **Załącznik nr 3 – wzór zaleceń lekarza specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej /fizjoterapii**
* Zaświadczenie od lekarza / dokumentacja medyczna określająca pielęgnację zaleconą przez lekarza, która obejmuje czynności pielęgnacyjne wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji medycznej, uzupełniające w stosunku do pielęgniarskiej opieki środowiskowej – na oficjalnym druku lub na wzorze **Załącznik nr 2– wzór zaświadczenia lekarza o stanie zdrowia**
* Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej, w tym z korzystania z Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa – **Załącznik nr 4 – zaświadczenie MGOPS o korzystaniu z programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa**
* Dokumenty określające dochód takie jak: decyzja właściwego organu rentowego/ emerytalnego (ZUS /KRUS) informująca o wysokości przyznanego świadczenia za ostatni miesiąc, zaświadczenie o dochodach wydane przez pracodawcę/ów lub inne dokumenty określające dochód na osobę samotnie gospodarującą, osobę w rodzinie lub rodzinę oraz **Załącznik nr 5 – oświadczenie o dochodzie**

**OCENA KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA W PROJEKCIE (adnotacje MGOPS):**

|  |
| --- |
| Kandydat spełnia/nie spełnia[[7]](#footnote-7) kryteria kwalifikowalności w Projekcie  |
| Data oraz podpis ………………………………………………… |
|  |

**Załącznik nr 1 – wzór oświadczenia o miejscu pobytu stałego**

Imię i nazwisko: ………………………….

PESEL: ……………………………………

**OŚWIADCZENIE**

**o miejscu pobytu stałego**

Pouczony/a o treści art 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (Dz. U. z 2024 r. poz. 736, 854), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego osoby, w imieniu której składam wniosek jest:

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

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

(dokładny adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233
ust. 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138) 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 od 6 miesięcy do lat 8 ”,potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

………………………………………

podpis uczestnika

/ przedstawiciela ustawowego

**Załącznik nr 2– wzór zaświadczenia lekarza o stanie zdrowia**

………………, dnia …………………………

………………………………………………………..

 (pieczęć przychodni / lekarza)

**ZAŚWIADCZENIA LEKARZA O STANIE ZDROWIA**

**dla osób ubiegających się o usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania**

Stwierdzam, że Pan/ Pani …………………………………………………………………..

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

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Rozpoznanie: potrzeba wsparcia zaistniała ze względu na:

* wiek
* stan zdrowia
* niepełnosprawność
* w tym niepełnosprawność sprzężona

Rozpoznanie choroby zasadniczej :……………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje, czas trwania: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Zalecenia w zakresie usług:

* pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych;
* opieka higieniczna;
* pielęgnacja, która obejmuje czynności pielęgnacyjne uzupełniające w stosunku do pielęgniarskiej opieki środowiskowej;
* zapewnienie kontaktów z otoczeniem,
* pielęgnacja, w tym:
* pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych;
* uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych; pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece;
* pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania;
* zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny;
* pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia;
* pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych;

 ………………………………………………………………….

 (podpis lekarza)

**Załącznik nr 3 – wzór zaleceń lekarza specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej /fizjoterapii**

……………………………………………………….. ……, dnia …………………………

 (pieczęć przychodni / lekarza)

**ZALECENIA LEKARZA / SPECJALISTY[[8]](#footnote-8)**

**Z ZAKRESU REHABILITACJI RUCHOWEJ/FIZJOTERAPII**

**dla osób ubiegających się o usługi rehabilitacyjne**

Pan/ Pani …………………………………………………………………………………………………………

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

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która wymaga usług rehabilitacji fizycznej i usprawniania zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zalecenia lekarza / specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej/fizjoterapii:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ponad to zalecam współpracę ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług opiekuńczych w zakresie:

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

 

 …………………………………………….

 podpis lekarza/ specjalisty

 z zakresu rehabilitacji ruchowej/fizjoterapii

**Załącznik nr 4 – zaświadczenie MGOPS o korzystaniu z programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa**

Mirosławiec, dn. ………………..

**ZAŚWIADCZENIE
O KORZYSTANIU Z PROGRAMU FUNDUSZE EUROPEJSKIE**

**NA POMOC ŻYWNOŚCIOWĄ 2021-2027**

Pan/Pani………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko, PESEL)

zamieszkały/a ………………………………………………………………………………............................

(adres: ulica, numer domu, mieszkania, kod, miejscowość)

korzysta/nie korzysta\* z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 – Podprogram 2023.

*\*Niepotrzebne skreślić*

 ……..…………………

Podpis pracownika MGOPS

**Załącznik nr 5 – oświadczenie o dochodzie**

**OŚWIADCZENIE**

uczestnika/czki projektu

**„Usługi społeczne w Gminie Mirosławiec” FEPZ.06.18-IP.01-0020/24**

Ja, niżej podpisany/a …………………………......................……….................. świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że mój dochód:

□ nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) z ust. z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej

□ przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) z ust. z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej

i jednocześnie wyrażam zgodę na przeprowadzenie indywidualnej oceny mojej sytuacji materialnej i życiowej (rodzinnej i zawodowej) oraz mojego opiekuna faktycznego przez pracownika socjalnego Miejsko Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mirosławcu.

Informacja:

* 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą w 2024 r. to 1164,00 zł natomiast w 2025 r. jest to 1515,00 zł
* 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę w rodzinie w 2024 r. to 900,00 zł natomiast w 2025 r. jest to 1234,50 zł

Zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: „Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszoną o:

1) miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych i koszty uzyskania;

2) składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach;

3) kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób”.

……………………….............….…………………...

 data i podpis Uczestnika/Uczestniczki

1. Osoby, których najwyższy osiągnięty poziom wykształcenia to wykształcenie gimnazjalne lub podstawowe (8 klas szkoły podstawowej) (poziom ISCED 0- 2) zgodnie z Międzynarodową Standardową Klasyfikacją Kształcenia UNESCO, tj. osoby uczestniczące we wczesnej edukacji (ISCED 0), osoby, które uczestniczą lub zakończyły edukację najwyżej na poziomie podstawowym (ISCED 1-2) i osoby, które zakończyły edukację najwyżej na poziomie gimnazjalnym (ISCED 2), a także osoby, które nie osiągnęły żadnego poziomu wykształcenia (ISCED 0). [↑](#footnote-ref-1)
2. Osoby, których najwyższy osiągnięty poziom wykształcenia to wykształcenie średnie II stopnia – czyli ponadgimnazjalne lub ponadpodstawowe (poziom ISCED 3) [↑](#footnote-ref-2)
3. Osoby, których najwyższy poziom wykształcenia to wykształcenie wyższe (poziom ISCED 5-8) zgodnie z Międzynarodową Standardową Klasyfikacją Kształcenia UNESCO, rozpoczynając na ukończonych studiach krótkiego cyklu (ISCED 5), przez studia licencjackie i ich odpowiedniki (ISCED 6), studia magisterskie i ich odpowiedniki (ISCED 7) aż po studia doktoranckie i ich odpowiedniki (ISCED 8). [↑](#footnote-ref-3)
4. Specjalna Strefa Włączenia [↑](#footnote-ref-4)
5. Należy wskazać w zależności od realizowanego wsparcia; dotyczy szczególnych kategorii danych. [↑](#footnote-ref-5)
6. oświadczenie uczestnika lub jego opiekuna będzie honorowane wyłącznie, jeśli niemożliwe jest uzyskanie z**aświadczenia lub innego oficjalnego dokumentu/ wydruku z baz danych** (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą), [↑](#footnote-ref-6)
7. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-7)
8. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-8)