

Projekt pt. „Asystent Osobisty szansą na niezależne i godne życie”
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ WNIOSEK	
Numer Wniosku:	
Data wpływu / Podpis osoby przyjmującej dokumenty	

WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY W FORMIE USŁUG ASYSTENCKICH	
Tytuł projektu	„Asystent Osobisty szansą na niezależne i godne życie”
Program/priorytet/działanie	Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 VII: Poprawa spójności społecznej Działanie 7.2. Rozwój usług społecznych Poddziałanie 7.2.2. Rozwój usług społecznych w ramach BOF
Czas trwania projektu	01.09.2022 r. – 31.12.2023 r.
<p>Wniosek należy wypełnić DRUKOWANYMI literami i zaznaczyć krzyżykiem (x) odpowiednie pola (kwadraty). Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól wniosku z wyjątkiem pól wypełnionych kolorem szarym (jeśli pole nie może być wypełnione należy wpisać: <i>nie dotyczy</i>).</p>	
I. Dane podstawowe	
Imię/Imiona:	Nazwisko:
PESEL:	
Płeć: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA	Wiek:
II. Wykształcenie	
<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Podstawowe
<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> Policealne
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne
	<input type="checkbox"/> Wyższe
III. Dane kontaktowe i adres zamieszkania	
Ulica	
nr domu	nr mieszkania
Miejscowość	Kod pocztowy

Projekt pt. „Asystent Osobisty szansą na niezależne i godne życie”
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

Województwo		Powiat	
Nr telefonu komórkowego		Nr telefonu stacjonarnego	
e-mail			
IV. Status kandydata na rynku pracy			
I. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	<input type="checkbox"/> TAK (proszę wybrać jeśli zaznaczono „tak”) <input type="checkbox"/> Długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> NIE	
II. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	<input type="checkbox"/> TAK (proszę wybrać jeśli zaznaczono „tak”) <input type="checkbox"/> Długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> NIE	
III. Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK (proszę wybrać jeśli zaznaczono „tak”) <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> NIE	
IV. Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK (proszę wybrać jeśli zaznaczono „tak”) <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba pracująca MMŚP <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> NIE	
W tym (proszę zaznaczyć jeśli w punkcie IV. Osoba pracująca zaznaczono „tak”)			
<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia przedszkolnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej			

Projekt pt. „Asystent Osobisty szansą na niezależne i godne życie”
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

<input type="checkbox"/> Pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> Rolnik		
Zatrudniony/a w: (konkretne miejsce pracy)		
V. Informacje dodatkowe		
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK Stopień: <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny Rodzaj niepełnosprawności : <input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> 04-O choroby narządu wzroku <input type="checkbox"/> 05-R upośledzenia narządu ruchu <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego <input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe np. autyzm (stopnie lekki, umiarkowany i znaczny)	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego – to osoba wykluczona społecznie z minimum dwóch przesłanek: np. bezrobocia i ubóstwa. – w przypadku zaznaczenia „TAK” należy wypełnić oświadczenie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ) w przypadku zaznaczenia „TAK” należy wypełnić oświadczenie o korzystaniu z PO PŻ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Osoba, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej w przypadku zaznaczenia „TAK” należy wypełnić oświadczenie i dostarczyć zaświadczenie o dochodach	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

Projekt pt. „Asystent Osobisty szansą na niezależne i godne życie”
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

VI. Oczekiwania/potrzeby		
ograniczenia zdrowotne	ograniczenia związane z poruszaniem się	Oczekiwane wsparcie/ ilość godzin – ilość razy w tygodniu

Dodatkowe informacje

<i>Dane kontaktowe osoby, którą należy powiadomić w razie wypadku (imię, nazwisko, numer telefonu)</i>	
---	--

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a zgłaszam dobrowolnie chęć udziału w projekcie „Asystent Osobisty szansą na niezależne i godne życie” i oświadczam, że:

1. Powyższe dane są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach „Programu wyrównywania różnic między regionami III”.
4. Przyjmuję do wiadomości, iż na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.:
 - a) Administratorem danych jest Stowarzyszenie My dla Innych, ul. Morelowa 23, 15-820 Białystok, email: kontakt@mydlainnych.pl
 - b) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu rekrutacji do projektu „Asystent Osobisty szansą na niezależne i godne życie” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020.

Projekt pt. „Asystent Osobisty szansą na niezależne i godne życie”
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

- c) Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do wzięcia udziału w procesie rekrutacji do ww. Projektu.
- d) Osobie, która wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych przysługuje prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- e) Dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z przepisów prawa dotyczących archiwizacji, lub do momentu odwołania zgody. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie.
- f) Dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania.

POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
(miejsowość, data i czytelny podpis Kandydata)

Projekt pt. „Asystent Osobisty szansą na niezależne i godne życie”
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

**OŚWIADCZENIE OSOBY POMAGAJĄCEJ W WYPEŁNIENIU WNIOSKU O PRYZANIE POMOCY
W FORMIE USŁUG ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBIE Z DYSFUNKCJĄ
UNIEMOŻLIWIĄJĄCĄ SAMODZIELNE UZUPEŁNIENIE**

Imię i nazwisko osoby pomagającej w uzupełnieniu Wniosku:

-
1. Oświadczam, że przeczytałem/am Kandydatowi/Kandydatce składającemu niniejszy Wniosek treść Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz treść Wniosku.
 2. Oświadczam, że w imieniu Kandydata/Kandydatki i za jego/jej zgodą pomogłem/am, w uzupełnieniu tego Wniosku wpisując dane jedynie zgodne z prawdą.

.....
(miejscowość, data i czytelny podpis wypełniającego w imieniu Kandydata)

Do niniejszego Wniosku załączam:

L.p.	Rodzaj załącznika	Właściwe zaznaczyć X	
		TAK	NIE
1.	Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważnego dokumentu – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Oświadczenie o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Oświadczenie o wielokrotnym wykluczeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Oświadczenie o wysokości dochodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Zaświadczenie o wysokości dochodów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Projekt pt. „Asystent Osobisty szansą na niezależne i godne życie”
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

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

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
(miejsowość, data i czytelny podpis Kandydata)

Projekt pt. „Asystent Osobisty szansą na niezależne i godne życie”
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020

OŚWIADCZENIE O WIELOKROTNYM WYKLUCZENIU

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że jestem osobą/członkiem rodziny zagrożonym ubóstwem lub wykluczeniem doświadczającym wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przesłanek, o których mowa w *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*¹.

.....
(miejsowość, data i czytelny podpis Kandydata)

¹ Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym są rozumiane jako:

- a) 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;
- b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- c) 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;
- d) 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);
- e) 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.);
- f) 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;
- g) 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;
- h) osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- i) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014–2020;
- j) osoby odbywające kary pozbawienia wolności;
- k) osoby korzystające z PO PŻ.

Projekt pt. „Asystent Osobisty szansą na niezależne i godne życie”
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODU

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

- Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą²
- Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe liczy łącznie ze mną osób.³

POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
(miejsowość, data i czytelny podpis Kandydata)

² W przypadku, gdy Kandydat jest osobą samotnie gospodarującą, należy przedłożyć zaświadczenie o dochodach Kandydata.

³ W przypadku, gdy gospodarstwo domowe składa się z więcej niż jednej osoby, należy przedłożyć zaświadczenia o dochodach wszystkich domowników.