Załącznik nr 2

Deklaracja uczestnictwa w Projekcie

Ja niżej podpisany/a dobrowolnie deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie pn. **„Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne – III edycja”.** Projekt realizowany w ramach działania 7.1 Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa priorytetu 7 Fundusze Europejskie wspierające usługi społeczne i zdrowotne w opolskim, programu regionalnego FEO 2021-2027. W ramach wsparcia: usługi opiekuńcze.

1. Imiona i nazwisko:……

2. Płeć: a) Kobieta[1] ☐ b) Mężczyzna ☐

3. Miejsce zamieszkania a) Miasto ☐ b) Wieś ☐

4. Data urodzenia:……

5. PESEL:……

6. Adres zamieszkania[2]:

a) województwo: ……

b) powiat:……

c) gmina:……

d) miejscowość:……

e) ulica:……

f) numer budynku/lokalu:……

g) kod pocztowy:……

7. Nr telefonu kontaktowego:……

8. Adres poczty elektronicznej:……

9. Osoba z niepełnosprawnościami[3]: Tak ☐ b) Nie ☐

10. Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności: Tak ☐ b) Nie ☐

11. Specjalne potrzeby związane z udziałem w projekcie:

……

……

[1] Prawidłową odpowiedź zaznacz krzyżykiem.

[2] Potwierdzone wywiadem środowiskowym przeprowadzonym przez pracownika socjalnego.

[3] Potwierdzone dokumentem

12. W związku z przystąpieniem do projektu oświadczam, że spełniam kryteria przynależności do grupy docelowej.

Spełniam kryteria obligatoryjne tj.:

- jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (w tym Osoba starsza (pow. 60 r. życia) i/lub osoba z niepełnosprawnościami (potwierdzone orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności) – co zostanie potwierdzone wywiadem środowiskowym;
- zamieszkuję w województwie opolskim – co zostanie potwierdzone wywiadem środowiskowym;
- jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu potwierdzone otrzymaniem od 0 do 80 punktów według skali Barthel.

Spełniam kryteria premiujące – fakultatywne:

Należy wstawić „X" w rubrykach, które dotyczą sytuacji Kandydata/-tki do Projektu

☐ jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym;

☐ jestem osobą niesamodzielną, której dochód nie przekracza 235% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie, o którym mowa w ust. z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej;

☐ spełniam co najmniej 2 przesłanki z art.7 ust. z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej;

☐ jestem osobą mieszkającą samotnie;

☐ jestem osobą korzystającą z programu FEPŻ 2021-2027- potwierdzone dokumentem potwierdzającym korzystanie z FEPŻ

☐ jestem osobą ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności[4];

☐ jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną[5];

☐ jestem osobą mieszkającą i/lub pracującą i/lub uczącą się na Obszarze Strategicznej Interwencji (OSI) wskazanym w Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego (KSRR), tj. miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze (Brzeg, Kędzierzyn Koźle, Kluczbork,

[4] Potwierdzone orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności.
[5] Potwierdzone dokumentem potwierdzającym niepełnosprawność sprzężoną.

Krapkowice, Namysłów, Nysa, Prudnik, Strzelce Opolskie) i/lub obszarów zagrożonych trwałą marginalizacją (Baborów, Branice, Cisek, Domaszowice, Gorzów Śląski, Kamiennik, Murów, Otmuchów, Paczków, Pakosławice, Pawłowiczki, Radłów, Świerczów, Wilków, Wołczyn):

Ja niżej podpisany/-na uprzedzony/-na o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą ponadto oświadczam, iż zapoznałem/łam się z Regulaminem świadczenia i korzystania z usług opiekuńczych w ramach zadania „Rozwój usług opiekuńczych w Gminie Gogolin" realizowanych w ramach projektu „Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne – III edycja" i akceptuję jego warunki.

Data i miejsce.....

Czytelny podpis.....