

Niniejszym zgłaszam wolę uczestnictwa w ramach projektu:

**Centrum Wsparcia Opiekunów Faktycznych dla Gminy Proszowice, Gminy Koniusza,  
Gminy Nowe Brzesko, Gminy Koszyce, Gminy Radziemice, Gminy Pałecznicza,  
Gminy Miejskiej Kraków oraz Gminy Kocmyrzów - Luborzycza**

nr. projektu: FEMP.06.21-IP.01-1135/24

Wyrażam wolę skorzystania z usług świadczonych w ramach projektu.

Oświadczam, że jestem opiekunem osoby niesamodzielnej (sprawuję opiekę nad osobą niesamodzielną)/ Jestem osobą niesamodzielną.  
*(skreślić niewłaściwe)*

Oświadczam o spełnieniu kryteriów formalnych udziału w projekcie –

1) Wiek: jestem osobą pełnoletnią (w przypadku opiekuna)

2) Miejsce zamieszkania: .....

..... (imię i nazwisko, data)



### **KARTA UCZESTNIKA CENTRUM:**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa</b>
1	Obywatelstwo:
2	Rodzaj uczestnika <b>INDYWIDUALNY/ INSTYTUCJONALNY</b>
3	Nazwa instytucji
4	Imię
5	Nazwisko
6	PESEL
7	Płeć
8	Wiek w chwili przystępowania do projektu
9	Wykształcenie
10	Kraj/ Województwo
11	Powiat
12	Gmina
13	Miejscowość
14	Ulica
15	Nr budynku
16	Nr lokalu
17	Kod pocztowy
18	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)
19	Telefon kontaktowy
20	Adres e-mail
21	Data rozpoczęcia udziału w projekcie

22	Data zakończenia udziału w projekcie
23	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu
24	Status uczestnika projektu ( <i>przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantów, obce pochodzenie, bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe, niepełnosprawność</i> )

*Dokumenty potwierdzające spełnienie przesłanek preferencyjnych:*

W ramach projektu zakłada się, że w pierwszej kolejności wsparciem objęte będą osoby (kryteria preferencyjne):

- 1) o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – dokument: orzeczenie o niepełnosprawności (lub równoważne)
- 2) z niepełnosprawnością sprzężoną - dokument: orzeczenie o niepełnosprawności (lub równoważne)
- 3) z chorobami psychicznymi – dokument: zaświadczenie lekarskie lub orzeczenie o niepełnosprawności (lub równoważne)
- 4) z niepełnosprawnością intelektualną - dokument: orzeczenie o niepełnosprawności (lub równoważne)
- 5) z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) - dokument: zaświadczenie lekarskie lub orzeczenie niepełnosprawności (lub równoważne)
- 6) korzystające z programu FE PŻ - zaświadczenie właściwego organu o korzystaniu z FE PŻ
- 7) zamieszkujące samotnie – oświadczenie osoby ubiegającej się o wsparcie,
- 8) dzieci wychowujące się poza rodziną biologiczną - orzeczenie o pieczy zastępczej, lub zaświadczenie właściwego organu o spełnieniu innej przesłanki określonej w kryterium.

*Przewiduje się następującą punktację w ramach rekrutacji: dokument wykazujący spełnienie jednego kryterium preferencyjnego: 10 punktów (za każdą spełnioną przesłankę preferencyjną). W razie takiej samej liczby punktów: pierwszeństwo będzie miała osoba wykazująca niższe dochody (kryterium dodatkowe rozstrzygające – Kryterium dochodowe).*

Przedłożenie dokumentu potwierdzającego spełnienie przesłanek pierwszeństwa:

TAK/NIE

Oświadczam, że jestem jedynym opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej.

..... (imię i nazwisko)

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn.

**Centrum Wsparcia Opiekunów Faktycznych dla Gminy Proszowice, Gminy Koniusza,  
Gminy Nowe Brzesko, Gminy Koszyce, Gminy Radziemice, Gminy Pałecznicza,  
Gminy Miejskiej Kraków oraz Gminy Kocmyrzów - Luborzycza**

nr. projektu: FEMP.06.21-IP.01-1135/24

oświadczam, że:

- 1) *nie biorę udziału w innym projekcie aktywizacji społeczno-zawodowej finansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz zobowiązuję się, że do momentu zakończenia wsparcia w ww. projekcie nie będę uczestniczyć w innym projekcie aktywizacji społeczno-zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus*

- skreślić jeżeli nie dotyczy

- 2) nie otrzymuje jednocześnie wsparcia o analogicznym celu/charakterze, dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis uczestnika/uczestniczki projektu