

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

### do projektu „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI”

Projekt pn.: „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI” nr: RPLU.11.02.00-06-0137/20 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez stowarzyszenie Trampolina Kariery na podstawie Umowy nr 243/RPLU.11.02.00-06-0137/20-00 zawartej z Instytucją Zarządzającą w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne.

**Data wpływu Formularza:** .....

**Numer identyfikacyjny :** .....

**Podpis osoby przyjmującej:** .....

#### **Instrukcja wypełniania Formularza zgłoszeniowego:**

1. Wszystkie pola Formularza zgłoszeniowego muszą zostać wypełnione (jeśli dane pole nie dotyczy Kandydata/Kandydatki należy wpisać „nie dotyczy”).
2. Formularz należy wypełnić czytelnie - elektronicznie lub odręcznie (DRUKOWANYMI LITERAMI).
3. Odpowiedzi na pytania w Formularzu należy zaznaczyć znakiem **X**.
4. Formularz wraz z załączonymi oświadczeniami powinien być opatrzony datą i czytelnym, trwałym podpisem (niezmywalnym, niebieskim długopisem) Kandydata/Kandydatki, w wyznaczonych miejscach.
5. Do Formularza zgłoszeniowego należy dołączyć zaświadczenie od lekarza rodzinnego lub prowadzącego na załączonym wzorze (str.13).
6. Wypełniony formularz zgłoszeniowy Kandydata/Kandydatki należy dostarczyć do biura projektu osobiście lub przez osobę z otoczenia Kandydata/Kandydatki lub drogą pocztową/kurierem lub przekazać rekruterowi/kadrze projektu DDP.

Przed przystąpieniem do rekrutacji należy zapoznać się z *Regulaminem rekrutacji do projektu „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI”*.

DANE OSOBOWE KANDYDATA/KANDYDATKI:										
Nazwisko										
Imię/ Imiona										
Data urodzenia										
PESEL										
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna									
NIP										
Wiek w chwili przystąpienia do projektu										
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> <b>niższe niż podstawowe ISCED O</b> ( <i>brak formalnego wykształcenia</i> ) <input type="checkbox"/> <b>podstawowe ISCED 1</b> ( <i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i> ) <input type="checkbox"/> <b>gimnazjalne ISCED 2</b> ( <i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i> ) <input type="checkbox"/> <b>ponadgimnazjalne ISCED 3</b> ( <i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej</i> ) <input type="checkbox"/> <b>policealne ISCED 4</b> ( <i>kształcenie ukończone za poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i> ) <input type="checkbox"/> <b>wyższe ISCED 5</b> ( <i>kształcenie ukończone na poziomie wyższym tj. licencjackim, magisterskim lub wyższym</i> )									
Zawód										
MIEJSCE ZAMIESZKANIA <sup>1</sup> /DANE KONTAKTOWE :										
Ulica							Nr budynku		Nr lokalu	
Miejscowość										
Kod pocztowy			-				Poczta			
Gmina							Powiat			
Województwo							Telefon kontaktowy			
Adres do kontaktu (jeśli inny niż zamieszkania)										

<sup>1</sup> Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. Adres ten powinien umożliwić kontakt w przypadku zakwalifikowania do projektu.

Telefon osoby upoważnionej do kontaktu	
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

STATUS NA RYNKU PRACY:		
<b>Oświadczam, że jestem osobą:</b>	<input type="checkbox"/> bierną zawodowo <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> pracującą w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> prowadzącą działalność na własny rachunek</li> <li><input type="checkbox"/> pracującą w administracji rządowej</li> <li><input type="checkbox"/> pracującą w administracji samorządowej</li> <li><input type="checkbox"/> pracującą w MMŚP</li> <li><input type="checkbox"/> pracującą w organizacji pozarządowej</li> <li><input type="checkbox"/> pracującą w dużym przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul>	
	<b>Miejsce zatrudnienia</b>	
<b>Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością<sup>3</sup> (należy dołączyć kserokopię dokumentu potwierdzającego status osoby z niepełnosprawnością).</b>  <u>Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności:</u> – orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym, – orzeczenie o niezdolności do pracy,	<b>Osoba z niepełnosprawnością:</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<b>Stopień niepełnosprawności:</b> <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> nie dotyczy

<sup>2</sup> Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba, że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).

<sup>3</sup> Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz 721, z późn. zm.) a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231,poz. 1375) tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

<p>– inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.), – w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia.</p>		
<p><b>Oświadczam, że w związku z moją niepełnosprawnością wymagam następujących usprawnień / udogodnień/ dostosowania obiektu /sal / tłumacza języka migowego /powiększona czcionka itp.</b></p>	<p> <input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE  <input type="checkbox"/> nie dotyczy         </p> <p><b>Jeśli TAK, proszę opisać te potrzeby:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p><b>Preferowane formy wsparcia (proszę zaznaczyć „x” przy preferowanych formach wsparcia):</b></p>	<p> <input type="checkbox"/> <b>warsztaty DO IT YOURSELF</b>              (m.in. własnoręczne wykonywanie np. lasy w słoikach, lampiony w słoikach, decoupage, tworzenie zegarów, budowa karminków, budek dla pszczół, bud dla zwierząt ze schroniska, szycie eko-toreb, tworzenie lampionów, tworzenie biżuterii, odnawianie mebli, zero waste itp. zajęcia grupowe)         </p> <p> <input type="checkbox"/> <b>warsztaty kreatywne</b>              (m.in. rozwijanie aktywności twórczej, zdolności plastycznych, muzycznych, teatralnych, tanecznych, manualnych, technicznych itp. zajęcia grupowe)         </p> <p> <input type="checkbox"/> <b>trening umiejętności życiowych</b>              (m.in. radzenie sobie z sytuacjami pojawiającymi się w codziennym życiu, trening kulinarny, rozwijanie zaradności, samodzielności i niezależności życiowej od otoczenia, trening budżetowy itp. zajęcia grupowe)         </p>	

- trening umiejętności prospołecznych**  
(m.in. kształtowanie postaw prospołecznych, rozwijanie umiejętności nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych, trening kształtowania pozytywnych relacji z rodziną, sąsiadami i innymi osobami np. w czasie zakupów, w środkach komunikacji publicznej, w urzędach, w instytucjach kultury itp. zajęcia grupowe)
- zajęcia sprawnościowo – ruchowe**  
(zajęcia mające na celu utrzymanie lub poprawę ogólnej kondycji fizycznej i sprawności motorycznej, podnoszenie ogólnej wydolności organizmu oraz wdrażanie do aktywności ruchowej w życiu codziennym, usprawnianie motoryki dużej i małej, zajęcia relaksacyjne itp. zajęcia grupowe)
- trening pamięci i koncentracji**  
(m.in. ćwiczenia i poprawa konycji 5 głównych sfer poznawczych: pamięci, koncentracji uwagi, funkcji językowych, wzrokowo-przestrzennych oraz myślenie abstrakcyjne itp. zajęcia grupowe)
- konsultacje indywidualne z psychologiem**
- konsultacje indywidualne z fizjoterapeutą/rehabilitantem**
- konsultacje indywidualne z dietetykiem**
- konsultacje indywidualne z prawnikiem**
- konsultacje indywidualne z informatykiem/specjalistą ds. ICT**
- konsultacje indywidualne z kosmetologiem**
- konsultacje indywidualne z podologiem**
- konsultacje indywidualne z fryzjerem**
- udział w jednodniowych wycieczkach**  
(zorganizowany wyjazd poza miejsce codziennego pobytu uczestników projektu)
- udział w imprezach kulturalno-towarzyskich**  
(np. występy muzyczne, taneczne, festiwal podróży dużych i małych, festiwal małych form teatralnych itp.)

## OŚWIADCZENIE OSOBY SKŁADAJĄCEJ FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI”

Projekt pn.: „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI” nr: RPLU.11.02.00-06-0137/20 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez stowarzyszenie Trampolina Kariery na podstawie Umowy nr 243/RPLU.11.02.00-06-0137/20-00 zawartej z Instytucją Zarządzającą w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne.

### Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Deklaruję udział w projekcie „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI”.
2. Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określić spełnianie kryteriów do udziału w Projekcie.
3. Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w Regulaminie rekrutacji i zgodnie z wymogami jestem uprawniony do uczestnictwa w nim. Jednocześnie akceptuję warunki Regulaminu.
4. Zostałem poinformowany/a, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków budżetu państwa.
5. Nie biorę udziału w innych Projektach finansowanych ze środków Unii Europejskiej o takich samych formach wsparcia.
6. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym oraz załącznikach, w tym tzw. danych wrażliwych przez Realizatora Projektu (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r.) do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, działań w ramach projektu, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Realizatora projektu z obowiązków sprawozdawczych wobec Województwa lubelskiego. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości, pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel.
7. Jestem świadomy/a, iż złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
8. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.
9. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w ramach realizacji Projektu.
10. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie trwania Projektu.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis

## OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW DOSTĘPU DO PROJEKTU „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI”

Projekt pn.: „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI” nr: RPLU.11.02.00-06-0137/20 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez stowarzyszenie Trampolina Kariery na podstawie Umowy nr 243/RPLU.11.02.00-06-0137/20-00 zawartej z Instytucją Zarządzającą w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne.

Uprowadzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że: kwalifikuję się do grupy Uczestników projektu „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI” tj. **spełniam łącznie następujące wymogi:**

*(proszę zaznaczyć „x” w każdym spełnianym kryterium)*

- Jestem osobą zamieszkującą Janów Lubelski (miasto w gminie miejsko-wiejskiej; powiat janowski, województwo lubelskie) lub gminę Janów Lubelski (obszar wiejski w gminie miejsko – wiejskiej; powiat janowski, województwo lubelskie) lub  
jestem osobą zamieszkującą i pracującą na terenie gminy Janów Lubelski (obszar wiejski w gminie miejsko – wiejskiej) lub na terenie Janowa Lubelskiego (miasto w gminie miejsko-wiejskiej; powiat janowski, województwo lubelskie)
- Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego i nie ma przeciwwskazań do mojego udziału w DDP;
- Ukończyłam/em 60 rok życia.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis

## OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW PREFERENCYJNYCH DO PROJEKTU „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI”

Projekt pn.: „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI” nr: RPLU.11.02.00-06-0137/20 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez stowarzyszenie Trampolina Kariery na podstawie Umowy nr 243/RPLU.11.02.00-06-0137/20-00 zawartej z Instytucją Zarządzającą w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne.

### **Upředzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że:**

*(proszę zaznaczyć „x” w każdym spełnianym kryterium)*

Jestem osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryt. dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) o których mowa w ustawie z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej.

Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego (zgodnie z Oświadczeniem o powodach wykluczenia, które dotyczą kandydata).

Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (proszę dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, niezdolności do pracy, inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itp.); w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia).

Jestem osobą z niepełnosprawnościami sprzężonymi i osobą z niepełnosprawnością intelektualną i osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (proszę dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, niezdolności do pracy, inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itp.); w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia).



Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi zdefiniowanymi w ustawie z dn. 19.08.1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (*proszę dołączyć dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia*).

Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ) 2014-2020, a zakres wsparcia nie będzie powielał działań, które otrzymałam lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ.

Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020.

Jestem osobą, której dochód nie przekracza 701 zł dla osoby samotnie gospodarującej i 528 zł dla osoby w rodzinie.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis

## OŚWIADCZENIE O POWODACH WYKLUCZENIA, KTÓRE DOTYCZĄ KANDYDATA DO PROJEKTU „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI”

Projekt pn.: „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI” nr: RPLU.11.02.00-06-0137/20 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez stowarzyszenie Trampolina Kariery na podstawie Umowy nr 243/RPLU.11.02.00-06-0137/20-00 zawartej z Instytucją Zarządzającą w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne.

**Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że doświadczam wielokrotnego wykluczenia z uwagi na przynależność do grup osób wskazanych w rozdziale 3 pkt. 15 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 tj.:**

*(proszę zaznaczyć „x” w każdym spełnianym kryterium)*

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

*Proszę zaznaczyć ten punkt jeżeli Pan/Pani otrzymuje pomoc społeczną lub kwalifikuje się do objęcia pomocą przynajmniej z jednego niżej wymienionego powodu. Proszę podkreślić powód.*

- 1) ubóstwo;
- 2) sieroctwo;
- 3) bezdomność;
- 4) bezrobocie;
- 5) niepełnosprawność;
- 6) długotrwała lub ciężka choroba;
- 7) przemocy w rodzinie lub potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;
- 8) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
- 9) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
- 10) trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku

z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach.

Osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym

*Proszę zaznaczyć ten punkt jeżeli Pan/Pani należy do przynajmniej jednej z niżej wymienionej grupy. Proszę podkreślić.*

- 1) bezdomni realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- 2) uzależnieni od alkoholu,
- 3) uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających,
- 4) chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,
- 5) długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
- 6) zwalniani z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- 7) uchodźcy realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- 8) osoby niepełnosprawne, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, które podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

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

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)

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.)

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

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

Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;

Osoby odbywające kary pozbawienia wolności

Osoby korzystające z PO PŻ

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis

## ZAŚWIADCZENIE OD LEKARZA RODZINNEGO LUB PROWADZĄCEGO DO PROJEKTU „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI”

Projekt pn.: „DOM PEŁEN ŻYCIA – DZIENNY DOM POMOCY DLA MIESZKAŃCÓW GMINY JANÓW LUBELSKI” nr: RPLU.11.02.00-06-0137/20 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez stowarzyszenie Trampolina Kariery na podstawie Umowy nr 243/RPLU.11.02.00-06-0137/20-00 zawartej z Instytucją Zarządzającą w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne.

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
numer identyfikacyjny REGON)

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekacza rodzinnego lub prowadzącego

W wyniku badania lekarskiego i oceny stanu zdrowia stwierdzam, że  
Pan/ Pani .....  
PESEL .....  
Zamieszkały/a .....

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. kąpanie się, ubieranie i rozbieranie, korzystanie z toalety, wstawanie z łóżka i przemieszczanie się, samodzielne jedzenie, kontrolowanie wydalania moczu i stolca)

#### Jednocześnie stwierdzam, że:

- wymagana jest pomoc innych osób
  - nie ma przeciwwskazań do udziału w projekcie, w tym do udziału w Dziennym Domu Pomocy
- (proszę zaznaczyć właściwe punkty)

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza rodzinnego  
lub lekarza specjalisty)