

Załącznik nr 4 do Regulaminu organizacyjnego

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OPIEKUNA NIEFORMALNEGO

do Projektu: „Dom Św. Eliasza”, nr projektu FEMP.06.21-IP.01-1257/24 (dalej Projekt), współfinansowanego w ramach Funduszy Europejskie dla Małopolski 2021 – 2027, Priorytet 6 Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie 6.21 Wsparcie usług społecznych w regionie.

KANDYDAT WYPEŁNIA / ZAZNACZA / POTWIERDZA POLA ZAZNACZONE NA SZARO

Niniejszym składam wniosek o wsparcie w postaci pobytu w Domu Św. Eliasza zapewniającej dzienną opiekę osobom niesamodzielnym.

1. Dane kandydata – Opiekuna Nieformalnego:

IMIĘ:	
NAZWISKO:	
DANE TELEADRESOWE	:
Kraj:	Polska
Województwo:	małopolskie
Powiat:	Kraków
Gmina:	Kraków
Miejscowość:	Kraków
Kod pocztowy:	
Ulica, nr domu, nr mieszkania:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	
PESEL:	
Wykształcenie	

2. Kryteria rekrutacji:

1) KRYTERIA DOPUSZCZAJĄCE: (należy zaznaczyć właściwe pola)

Niniejszym oświadczam, że:		
Jestem opiekunem nieformalnym osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu/osoby niesamodzielnej tj. osoby, 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.	TAK ☐	NIE ☐
	Imię i nazwisko osoby potrzebującej wsparcia w	



Należy obligatoryjnie wypełnić: KWESTIONARIUSZ OCENY POTRZEBY WSPARCIA I OPIEKI dla osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu		codziennym funkcjonowaniu	
Moje miejsce zamieszkania znajduje się na terenie województwa małopolskiego, w tym gminy Kraków		TAK ☐	NIE ☐
Należy załączyć: dokumenty potwierdzające miejsce zamieszkania np. akt własności lokalu, umowa najmu, potwierdzenie zameldowania.			
Nie otrzymuję wsparcia o analogicznym celu/charakterze, dofinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, realizowanego w tym samym czasie, w którym przewidziane formy wsparcia są tego samego rodzaju lub zmierzają do tego samego celu/korzyści, co wsparcie w ramach Projektu.		TAK ☐	NIE ☐

KWESTIONARIUSZ OCENY POTRZEBY WSPARCIA I OPIEKI			
1. OCENA WYKONYWANIA CZYNNOŚCI W ZAKRESIE SAMOOBSŁUGI	Osoba jest samodzielna, nie wymaga wsparcia i opieki X= 0 pkt	Osoba wymaga pomocy częściowej lub okresowej ze strony innych osób w wykonywaniu co najmniej jednej czynności z katalogu X= 1 pkt	Osoba nie jest w stanie wykonywać większości czynności, nawet przy wsparciu X= 2 pkt
- HIGIENA CIAŁA (mycie włosów, kąpiel, toaleta jamy ustnej, obcinanie paznokci, golenie)			
- ZAŁATWIANIE POTRZEB FIZJOLOGICZNYCH (kontrola nad czynnościami wydalniczymi, korzystanie z toalety, dojście do toalety i powrót)			
- UBIERANIE SIĘ I ROZBIERANIE (przygotowanie ubrań adekwatnie do warunków pogodowych, ubieranie się, zapinanie guzików, zakładanie i sznurowanie butów, zdjęcie ubrania)			

- ODŻYWIANIE sięganie po jedzenie, wkładanie pokarmu do ust, posługiwanie się sztućcami, przygotowanie posiłków, przyjmowanie leków			
2. OCENA PORUSZANIA SIĘ	Osoba samodzielnie się porusza, bez żadnej pomocy X= 0 pkt	Osoba wymaga pomocy częściowej lub okresowej ze strony innych osób/sprzętów pomocniczych, jak kula, chodzik, laska przy wykonywaniu co najmniej jednej czynności z katalogu X= 1 pkt	Osoba nie jest w stanie poruszać się, nawet przy wsparciu innych osób/sprzętów pomocniczych w jakimkolwiek obszarze X= 2 pkt
-W MIESZKANIU (wstawanie z łóżka i powrót do niego, siadanie, chodzenie w obrębie mieszkania)			
- POZA MIESZKANIEM (chodzenie po schodach, opuszczanie mieszkania i powrót do niego, korzystanie ze środków komunikacji, przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania)			
3. OCENA WYKONYWANIA CZYNNOŚCI ZWIĄZANYCH Z PROWADZENIEM GOSPODARSTWA DOMOWEGO	Osoba jest samodzielną, nie wymaga wsparcia i opieki X= 0 pkt	Osoba wymaga pomocy częściowej lub okresowej ze strony innych osób w wykonywaniu co najmniej jednej czynności z katalogu X= 1 pkt	Osoba nie jest w stanie wykonywać większości czynności z katalogu, nawet przy wsparciu X= 2 pkt
- CZYNNOŚCI GOSPODARCZE (sprzątanie, mycie okien, mycie podłóg, pranie, prasowanie, robienie zakupów)			



- PRZYGOTOWYWANIE POSIŁKÓW (przygotowywanie posiłków, zwłaszcza ciepłych, obsługa urządzeń niezbędnych do gotowania)			
4. OCENA KOMUNIKOWANIA SIĘ Z OTOCZENIEM	Osoba komunikuje się samodzielnie, nie wymaga wsparcia X= 0 pkt	Osoba wymaga pomocy w co najmniej jednym obszarze umiejętności komunikacyjnych w związku z problemami ze słuchem, wzrokiem, pamięcią (np. noszenie aparatu słuchowego, okularów), wymaga podpowiedzi; porozumiewa się gestem, pojedynczymi słowami itp.) X= 1 pkt	Osoba niezdolna do komunikowania się, nawet przy wsparciu (np. nie mówi, nie spełnia poleceń, nie rozumie mowy) X= 2 pkt
- mówienie, rozumienie mowy, wykonywanie poleceń, słyszenie			

5. OCENA UCZESTNICTWA W ŻYCIU SPOŁECZNYM	Osoba nie wymaga wsparcia w utrzymaniu kontaktów interpersonalnych, załatwianiu spraw, organizacji swojego czasu wolnego X= 0 pkt	Osoba wymaga wsparcia w co najmniej jednym obszarze z katalogu, by uczestniczyć w życiu społecznym - z uwagi na np. poczucie osamotnienia związane z utratą osób bliskich, rozluźnienie więzi rodziny, konflikty, oddalenie od bliskich w przestrzeni geograficznej; - z uwagi na chorobę np. depresję, demencję; - z uwagi na niepełnosprawność, która wyklucza samodzielny udział w życiu społecznym X= 1 pkt	Osoba m.in. ma znaczne trudności w utrzymaniu kontaktów interpersonalnych, jest wycofana ze spraw innych, ma problemy w relacjach z rodziną lub nie utrzymuje ich w ogóle X= 2 pkt

umiejętność nawiązywania i utrzymywania kontaktów interpersonalnych, umiejętność rozwiązywania codziennych problemów, umiejętność załatwiania spraw urzędowych i spraw w placówkach służby zdrowia, umiejętność podejmowania decyzji dotyczących własnej osoby, umiejętność organizacji czasu wolnego, umiejętność korzystania z dostępnej oferty kulturalnej, sportowej, rekreacyjnej			
RAZEM PUNKTACJA:			

Do wsparcia kwalifikują się osoby, które otrzymały min. 3 pkt. Osoba która uzyskała powyżej 15 pkt nie kwalifikuje się do placówki zapewniającej dzienne usługi opiekuńcze.

4. Oświadczenia:

W związku z przystąpieniem do Projektu „Dom Św. Eliasza” oświadczam, że:

- 1) wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w Projekcie „Dom Św. Eliasza”;
- 2) W związku z przystąpieniem do projektu pn. Dom Św. Eliasza oświadczam, że 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;
- 3) zostałam/em poinformowana/y że Projekt „Dom Św. Eliasza” jest dofinansowany przez Unię Europejską, w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus;
- 4) dane podane w Formularzu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Stowarzyszenie Wolontariat Św. Eliasza w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. Zostałem pouczone o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
- 5) zapoznałam/em się ze Statutem, Regulaminem Organizacyjnym wraz z załącznikami do Projektu „Dom Św. Eliasza”, akceptuję ich treść i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nich zawartych;



6) spełniam wszystkie kryteria rekrutacji dopuszczające do udziału w Projekcie.

data

czytelny podpis Kandydata

.....

.....



Ustalenie wsparcia dla opiekuna nieformalnego

Weryfikacja spełnienia kryteriów rekrutacyjnych:

1. kryteria dopuszczające:

TAK

NIE

W oparciu o spełnienie kryteriów rekrutacji ustala się wsparcie dla opiekuna nieformalnego w Projekcie Dom Św. Eliasza z dniem

Data i czytelne podpisy osób realizujących proces rekrutacji do Projektu Dom Św. Eliasza, wdrażanego przez Stowarzyszenie Wolontariat Św. Eliasza:

.....

.....

.....