*Załącznik nr 1A do Zasad uczestnictwa i świadczenia usług*

*w ramach projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad*

*osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”*

*w Dziennej Placówce Opieki i Aktywizacji Osób Niesamodzielnych*

**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – OSOBA NIESAMODZIELNA**

do udziału w projekcie „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”

**w Dziennej Placówce Opieki i Aktywizacji Osób Niesamodzielnych**

1. **Dane kandydata – osoba niesamodzielna**

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ:** |  |
| **NAZWISKO:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **PŁEĆ (K/M):** |  |
| **WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:** |  |
| **WYKSZTAŁCENIE:** | ❒ niższe niż podstawowe  ❒ podstawowe  ❒ gimnazjalne  ❒ ponadgimnazjalne  ❒ policealne  ❒ wyższe |
| **DANE KONTAKTOWE:** | |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica: |  |
| Nr budynku: |  |
| Nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| Adres e-mail: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SZCZEGÓŁY WSPARCIA:** | | |
| Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: | * osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | * osoba długotrwale bezrobotna * inne |
| * osoba bezrobotna zarejestrowana  w ewidencji urzędów pracy | * osoba długotrwale bezrobotna * inne |
| * osoba bierna zawodowo | * osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu * osoba ucząca się   w tym: planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia: ………………………….   * inne |
| * osoba pracująca | **w tym:**   * osoba pracująca w administracji rządowej * osoba pracująca w administracji samorządowej * osoba pracująca w MMŚP * osoba pracująca w organizacji pozarządowej * osoba prowadząca działalność na własny rachunek * osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie * inne |
| **Wykonywany zawód:**   * instruktor praktyczne nauki zawodu * nauczyciel kształcenia ogólnego * nauczyciel wychowania przedszkolnego * pracownik kształcenia zawodowego * pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia * kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej * pracownik instytucji rynku pracy * pracownik instytucji szkolnictwa wyższego * pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej * pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej * pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej * rolnik * inny |
| **Zatrudniony w** ………………………………………………….  ………………………………………………………………….……..  ………………………………………………………………….…….. |

|  |  |
| --- | --- |
| Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu: | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:   * Nie * Odmowa podania informacji\* * Tak |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:   * Nie * Tak |
| Osoba z niepełnosprawnościami   * Nie * Odmowa podania informacji\* * Tak |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)   * Nie * Odmowa podania informacji\* * Tak |

\* Uczestnik projektu ma prawo odmowy podania danych wrażliwych. W takiej sytuacji należy zaznaczyć w formularzu odpowiedź „odmowa podania informacji”, co stanowi potwierdzenie, że Miejskie Centrum Opieki w Krakowie podjęło działania w celu zebrania przedmiotowych danych.

**Uwaga:** odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w odniesieniu do cechy, która stanowi przesłankę przyznania wsparcia (np. niepełnosprawność uczestnika), skutkuje brakiem możliwości weryfikacji jego kwalifikowalności oraz **prowadzi do niezakwalifikowania go do udziału w projekcie.**

1. **Kryteria udziału w projekcie**
   1. **KRYTERIA DOSTĘPU** (należy zaznaczyć właściwe pola)

|  |
| --- |
| **Niniejszym oświadczam, że:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **jestem osobą niesamodzielną** – tj. osobą, 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[[1]](#footnote-1) | TAK | NIE |
| **moje miejsce zamieszkania** znajduje się **na terenie Gminy Wieliczka lub Gminy Miejskiej Kraków** | TAK | NIE |
| **jestem osobą powyżej 60 roku życia** | TAK | NIE |

* 1. **KRYTERIA PREMIUJĄCE** (należy zaznaczyć właściwe pola)

|  |
| --- |
| **Niniejszym oświadczam, że przysługują mi preferencje** w dostępie do oferowanego wsparcia z uwagi na spełnianie następujących **kryteriów premiujących:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **K.P.1** preferencje otrzymują osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z poniższych przesłanek: | TAK | NIE |
| należy wskazać, które kryterium jest spełnione | |
| 1. osoby 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 |  | |
| 1. osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym |  | |
| 1. 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 |  | |
| 1. 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 |  | |
| 1. osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty |  | |
| 1. 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 |  | |
| 1. członkowie rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością |  | |
| 1. osoby, dla których ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645,z późn. zm.) |  | |
| 1. osoby niesamodzielne |  | |
| 1. osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014- 2020 |  | |
| 1. osoby korzystające z PO PŻ |  | |
| **K.P.2** preferencje otrzymują osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, | TAK | NIE |
| **K.P.3** preferencje otrzymują osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi, | TAK | NIE |
| **K.P.4** preferencje otrzymują osoby z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej - w przypadku usług asystenckich i opiekuńczych, | TAK | NIE |
| **K.P.5** preferencje otrzymują osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014- 2020 (zakres wsparcia dla tych osób nie może powielać działań, które dana osoba otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ), | TAK | NIE |
| **K.P.6** preferencje otrzymują osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020, | TAK | NIE |
| **K.P.DODATKOWE** preferencje otrzymują osoby starsze po udarach mózgu, które cierpią na dysfunkcje ruchowe, osoby cierpiące na chorobę Alzheimera, osoby cierpiące na otępienie. | TAK | NIE |

Na potwierdzenie spełniania ww. kryteriów przedstawiam następujące dokumenty[[2]](#footnote-2)(należy wymienić):

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. …………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………….
4. …………………………………………………………………………………………………………………………………….
5. …………………………………………………………………………………………………………………………………….
6. **Ankieta poziomu niesamodzielności** (należy zaznaczyć właściwe pola)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Czynność** | **Opis** | **Osoba samodzielna** | |
| **TAK** | **NIE** |
| Kąpanie się | Nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała gąbką, kąpiel w wannie/ prysznic. |  |  |
| Ubieranie się i rozbieranie | Ubiera się bez żadnej pomocy, z wyjątkiem  wiązania sznurówek. |  |  |
| Korzystanie z toalety | Idzie to toalety, korzysta z toalety, poprawia  ubranie, wraca z toalety bez żadnej pomocy (może używać jako podpory laski lub chodzika albo też korzystać w nocy z basenu lub nocnika). |  |  |
| Wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel | Przemieszcza się z/do łóżka lub na krzesło bez pomocy (może korzystać z laski lub chodzika). |  |  |
| Samodzielne jedzenie | Odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem ewentualnego krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem) |  |  |
| Kontrolowane wydalanie moczu i stolca | Całkowicie panuje nad zwieraczami (bez sporadycznych epizodów nietrzymania). |  |  |

*Wyniki (opis):*

*5-6 –osoby sprawne*

*3-4 –osoby umiarkowanie niesprawne*

*2 i mniej niż 2 – osoby znacznie niesprawne*

**…………………….………… ……………………………………………………..**

**Miejscowość, data czytelny podpis**

**Oświadczenia**

W związku z przystąpieniem do projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” oświadczam, że:

1. wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w projekcie Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”;
2. zostałam/em poinformowana/y że projekt „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
3. dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. Zostałem pouczony o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
4. zapoznałam/em się z *Zasadami uczestnictwa i świadczenia usług w ramach projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” w Dziennej Placówce Opieki i Aktywizacji Osób Niesamodzielnych*, akceptuję ich treść i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nich zawartych;
5. spełniam wszystkie kryteria dostępu (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie;
6. wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku przez Miejskie Centrum Opieki w Krakowie w celach realizacji i promocji projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”;
7. wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.

**…………………….………… ……………………………………………………..**

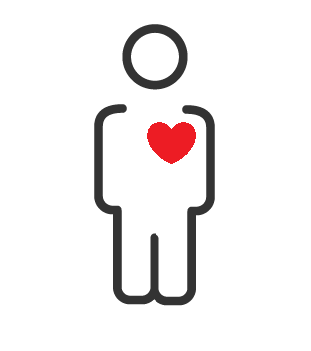
**Miejscowość, data czytelny podpis**

*Załącznik nr 1B do Zasad uczestnictwa i świadczenia usług*

*w ramach projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad*

*osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki* *w Krakowie”*

*w Dziennej Placówce Opieki i Aktywizacji Osób Niesamodzielnych*

**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – OPIEKUN NIEFORMALNY**

do udziału w projekcie „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”

**w Dziennej Placówce Opieki i Aktywizacji Osób Niesamodzielnych**

1. **Dane kandydata – opiekun nieformalny**

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ:** |  |
| **NAZWISKO:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **PŁEĆ (K/M):** |  |
| **WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:** |  |
| **WYKSZTAŁCENIE:** | ❒ niższe niż podstawowe  ❒ podstawowe  ❒ gimnazjalne  ❒ ponadgimnazjalne  ❒ policealne  ❒ wyższe |
| **DANE KONTAKTOWE:** | |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica: |  |
| Nr budynku: |  |
| Nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| Adres e-mail: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SZCZEGÓŁY WSPARCIA:** | | | |
| Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: | * osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | * osoba długotrwale bezrobotna * inne |
| * osoba bezrobotna zarejestrowana  w ewidencji urzędów pracy | | * osoba długotrwale bezrobotna * inne |
| * osoba bierna zawodowo | | * osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu * osoba ucząca się   w tym: planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia: ………………………….   * inne |
| * osoba pracująca | | **w tym:**   * osoba pracująca w administracji rządowej * osoba pracująca w administracji samorządowej * osoba pracująca w MMŚP * osoba pracująca w organizacji pozarządowej * osoba prowadząca działalność na własny rachunek * osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie * inne |
| **Wykonywany zawód:**   * instruktor praktyczne nauki zawodu * nauczyciel kształcenia ogólnego * nauczyciel wychowania przedszkolnego * pracownik kształcenia zawodowego * pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia * kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej * pracownik instytucji rynku pracy * pracownik instytucji szkolnictwa wyższego * pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej * pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej * pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej * rolnik * inny |
| **Zatrudniony w** ………………………………………………….  ………………………………………………………………….……..  ………………………………………………………………….…….. |
| Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu: | | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:   * Nie * Odmowa podania informacji\* * Tak | | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:   * Nie * Tak | | |
| Osoba z niepełnosprawnościami   * Nie * Odmowa podania informacji\* * Tak | | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)   * Nie * Odmowa podania informacji\* * Tak | | |

\* Uczestnik projektu ma prawo odmowy podania danych wrażliwych. W takiej sytuacji należy zaznaczyć w formularzu odpowiedź „odmowa podania informacji”, co stanowi potwierdzenie, że Miejskie Centrum Opieki w Krakowie podjęło działania w celu zebrania przedmiotowych danych.

**Uwaga:** odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w odniesieniu do cechy, która stanowi przesłankę przyznania wsparcia (np. osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej), skutkuje brakiem możliwości weryfikacji jego kwalifikowalności oraz **prowadzi do niezakwalifikowania go do udziału w projekcie.**

1. **Kryteria udziału w projekcie**

**KRYTERIA DOSTĘPU** (należy zaznaczyć właściwe pola)

|  |
| --- |
| **Niniejszym oświadczam, że:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **jestem opiekunem osoby niesamodzielnej** – tj. osobą pełnoletnią opiekującą się osobą niesamodzielną[[3]](#footnote-3), niebędącą opiekunem zawodowym i niepobierającą wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną (najczęściej członek rodziny).[[4]](#footnote-4) | TAK | NIE |
| **moje miejsce zamieszkania** znajduje się **na terenie Gminy Wieliczka lub Gminy Miejskiej Kraków** | TAK | NIE |

1. **Dane podopiecznego – osoby niesamodzielnej**

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ:** |  |
| **NAZWISKO:** |  |

**…………………….………… ……………………………………………………..**

**Miejscowość, data czytelny podpis**

**Oświadczenia**

W związku z przystąpieniem do projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” oświadczam, że:

1. wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w projekcie Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”;
2. zostałam/em poinformowana/y że projekt „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
3. dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. Zostałem pouczony o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
4. zapoznałam/em się z *Zasadami uczestnictwa i świadczenia usług w ramach projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” w Dziennej Placówce Opieki i Aktywizacji Osób Niesamodzielnych*, akceptuję ich treść i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nich zawartych;
5. spełniam wszystkie kryteria dostępu (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie;
6. wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku przez Miejskie Centrum Opieki w Krakowie w celach realizacji i promocji projektu „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie”;
7. wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału   
   w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych   
   w projekcie.

**…………………….………… ……………………………………………………..**

**Miejscowość, data czytelny podpis**

1. *wymagane jest złożenie wraz z formularzem zgłoszeniowym ankiety poziomu niesamodzielności, sporządzonej z zastosowaniem skali Katza ADL, stanowiącej część niniejszego formularza.* [↑](#footnote-ref-1)
2. Spełnienie kryteriów premiujących należy udokumentować np. za pomocą:

   zaświadczenia z ośrodka pomocy społecznej – w przypadku osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną;

   zaświadczenia z właściwej instytucji – w przypadku osób, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;

   zaświadczenia z właściwej instytucji, zaświadczenie od kuratora, wyroku sądu – w przypadku osób przebywających w pieczy zastępczej lub opuszczających pieczę zastępczą, rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych;

   zaświadczenia od kuratora; zaświadczenia z zakładu poprawczego lub innej instytucji czy organizacji społecznej zajmującej się pracą z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym; kopii postanowienia sądu; innego dokumentu potwierdzającego zastosowanie środków zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości – w przypadku osób nieletnich, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości;

   zaświadczenie z ośrodka wychowawczego/ młodzieżowego/ socjoterapii - w przypadku osób przebywających w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii,

   odpowiedniego orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia - w przypadku osób z niepełnosprawnością;

   odpowiedniego orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia - w przypadku rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;

   zaświadczenia z urzędu pracy - w przypadku osób zakwalifikowanych do III profilu pomocy zgodnie z ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;

   zaświadczenia od lekarza; odpowiedniego orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia - w przypadku osób niesamodzielnych;

   zaświadczenia od właściwej instytucji lub innego dokumentu potwierdzającego sytuację uczestnika np. kopia wyroku sądowego, pismo ze spółdzielni o zadłużeniu – w przypadku osób bezdomnych lub wykluczonych z dostępu do mieszkań;

   dokumentu potwierdzający korzystanie z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

   Powyżej zawarto przykładowe rodzaje dokumentów. Dokument musi być adekwatny do sytuacji uczestnika (ma odnosić się do sytuacji konkretnej osoby i weryfikować jej status). W przypadku gdy, uzyskanie zaświadczenia jest możliwe – należy dostarczyć zaświadczenie. Jeśli uzyskanie dokumentu nie jest możliwe, weryfikacja kryterium nastąpi na podstawie złożonego w formularzu zgłoszeniowym oświadczenia**. Miejskie Centrum Opieki poucza o odpowiedzialności prawnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy.** [↑](#footnote-ref-2)
3. *osoba niesamodzielna – osoba, 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.* [↑](#footnote-ref-3)
4. [↑](#footnote-ref-4)