

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Wsparcie udzielone w ramach zadania:

Opieka odciążeniowa w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej oraz wsparcie doradczo informacyjne opiekunów faktycznych osób niesamodzielnych i ich podopiecznych zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Kraków.

CZĘŚĆ A – WYPEŁNIA PRACOWNIK SOCJALNY (na podstawie oświadczeń i zebranej dokumentacji)

NAZWISKO:	IMIĘ:
Adres zamieszkania:	Dzielnica:
PESEL:	Telefon kontaktowy:

L.p.	KRYTERIA	TAK	NIE	PUNKTY
1.	OPIEKUN FAKTYCZNY			
2.	OSOBA NIESAMODZIELNA			
3.	Os. bezrobotna			
4.	Os. Korzystająca /kwalifikująca się do korzystania z pomocy społecznej			
5.	Os. o której mowa w art. 1 ust. 2 Ustawy z 13.06.2013 o zatrudnieniu socjalnym			
6.	Os. przebywająca w pieczy zastępczej			
7.	Os. nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości			
8.	Członek rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, w której co najmniej jeden z rodziców /opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność opieki nad dzieckiem			
9.	Os. przebywająca w młodzieżowym ośrodku wychowawczym /młodzieżowym ośrodku socjoterapii			
10.	Os. Bezdomna /dotknięta wykluczeniem ze wzgl. na dostęp do mieszkań			
11.	Os. korzystająca z PO PŻ			
12.	Os. z niepełnosprawnością			
13.	Os. z orzeczeniem o niepełnosprawności			
14.	Os. z orzeczeniem o znacznym st. niepełnosprawności lub równoważnym			
15.	Os. z niepełnosprawnością sprzężoną i/lub intelektualną i/lub z całościowymi zaburzeniami rozwoju			
16.	Os. niesamodzielna /niepełnosprawna, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, wg Ustawy o pomocy społecznej z 12.03.2004			
17.	Os. mieszkająca na obszarze zdegradowanym, wg Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju			
Suma punktów:				
DODATKOWE KRYTERIA				PUNKTY
	OF jest również osobą niepełnosprawną /niesamodzielną			
	OF jest osobą pow. 60 r.ż.			
	OF pełni opiekę nad więcej niż jedną osobą niesamodzielną			
	Osoba niesamodzielna wymaga dodatkowych czynności medycznych /pielęgniarskich			
	Gospodarstwo domowe składa się z dwóch osób			
	Sytuacja kryzysowa (nagłe zachorowanie, wypadek itp.)			
	Brak możliwości uzyskania pomocy w innym miejscu			
	Staż opieki nad osobą niesamodzielną – powyżej 5 lat			
	Staż opieki nad osobą niesamodzielną – poniżej 1 roku			
Suma punktów za kryteria dodatkowe:				

Ja, niżej podpisany, oświadczam, iż powyższe dane są prawdziwe i że zostałem pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

.....
Data i czytelny podpis Uczestnika Projektu

.....
Podpis pracownika socjalnego



CZĘŚĆ B - WYPEŁNIA KOMISJA KWALIFIKACYJNA:

Czy złożono komplet dokumentów	TAK	NIE
Czy pod względem formalnym osoba spełnia kryteria uczestnika projektu	TAK	NIE
Czy osoba została zakwalifikowana do projektu	TAK	NIE

Suma punktów za kryteria obowiązkowe i dodatkowe:

.....
Kierownik projektu**WSPARCIE** uczestnika w ramach
Projektu:

	PLAN WSPARCIA
Wsparcie doradcze	TAK NIE
OPIEKA ZASTĘPCZA	TAK NIE
INDYWIDUALNE SZKOLENIA	TAK NIE
DOBÓR SPRZĘTU MEDYCZNEGO /REHABILITACYJNEGO	TAK NIE
WSPARCIE MENADŻERA OPIEKI	TAK NIE
PORADA PSYCHOLOGICZNA	TAK NIE
PORADA LEKARSKA	TAK NIE
PIELĘGNIARKA	TAK NIE
FIZJOTERAPIA	TAK NIE
WSPARCIE PRACOWNIKA SOCJALNEGO	TAK NIE
GRUPA WSPARCIA	TAK NIE
Dodatkowe uwagi:	

Termin rozpoczęcia udziału w Projekcie:

Termin zakończenia udziału w projekcie:

.....
Podpis Menadżera opieki.....
Kierownik projektu