

Załącznik nr 1c ANKIETA REKRUTACYJNA – do Regulaminu rekrutacji projektu  
„BSSM wspiera Ciebie i Twoje otoczenie w poprawie życia”

## ANKIETA REKRUTACYJNA DLA OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ / OSOBY NIESAMODZIELNEJ

Imię i nazwisko Opiekuna (drukowanymi literami)		
Data urodzenia		
Adres zamieszkania - zgodnie z art. 25 ustawy z 23 kwietnia 1964r. kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.	Gmina: .....  Miejscowość: .....  ulica/nr .....	
Nr tel. kontaktowego		
Wykształcenie (należy zaznaczyć najwyższe)	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne – średnie <input type="checkbox"/> Pomaturalne <input type="checkbox"/> Wyższe	
Status osoby na rynku pracy (można zakreślić X więcej niż 1 wybór)	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy: <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna; <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy; <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo; <input type="checkbox"/> Emeryt/rencista; <input type="checkbox"/> Osoba pracująca.	
<b>KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE – właściwe zaznaczyć „X”</b>		
Kryterium	Spełnia / Nie spełnia Liczba punktów	
Miejsce zamieszkania osoby nad którą sprawuje się opiekę w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie powiatu Brzeskiego	<input type="checkbox"/> Brzeg: 0, <input type="checkbox"/> poza Brzegiem + 4.	
Opieka nad osobą z niepełnosprawnością, to jest: a) osobą niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), b) osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016r., poz. 546, z późn. zm.),	Stopień: <input type="checkbox"/> znaczny + 4, <input type="checkbox"/> umiarkowany + 2,	
W okresie poprzedzającym nabór do projektu osoba nad którą sprawuję opiekę osiąga dochód poniżej 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie <sup>1</sup>	TAK <input type="checkbox"/> + 4    NIE <input type="checkbox"/>	
Suma punktów (maksimum 12)		
Imię i nazwisko osoby (dziecka), którą się Opiekun opiekuje		

<sup>1</sup> tj. 951 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) w przypadku osoby samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty 634 złotych lub dochód nie przekracza 771 zł (150% kryterium dochodowego) w przypadku osób w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 514 zł.



Indywidualna ocena sytuacji materialnej i życiowej sporządzona na podstawie ankiety, wywiadu, informacji z instytucji opieki społecznej	
---	--

**UWAGA: w pierwszej kolejności nastąpi wybór osób niepełnosprawnych a później ich opiekunów.**

### OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą i zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i ze stanem faktycznym, równocześnie zobowiązuję się poinformować BSSM w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.
- Oświadczam, że opiekuję się wyżej wymienioną osobą, wymagającą opieki lub wsparcia, w związku niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.
- Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie, akceptuję jego treść oraz zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości możliwość zmiany Regulaminu w trakcie trwania projektu i zobowiązuję się każdorazowo do zapoznania się ze zmianami Regulaminu.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis Kandydata/ki)

Decyzja Komisji Rekrutacyjnej o zakwalifikowaniu do projektu:		TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
W przypadku odmowy uzasadnienie:			
Podpisy członków Komisji			
Brzeg dnia .....			

W przypadku negatywnej decyzji Komisji Rekrutacyjnej, co do przyjęcia kandydata/ki do projektu, służy osobie odwołanie w formie pisemnej (na adres Brzeskiego Stowarzyszenia Chorych na SM, ul. 1-go Maja, 49-300 Brzeg) w okresie do 14 dni roboczych od dnia powiadomienia. W przypadku odwołania, decyzję ostateczną podejmuje koordynator projektu:

Decyzja Koordynatora	Przyjąć do projektu: TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Data i podpis koordynatora:		