

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

### ANKIETA REKRUTACYJNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ DZIECKA (do ukończenia 16 roku życia)

Imię i nazwisko (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
<b>KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE – właściwe zaznaczyć „X”</b>	
Kryterium	Spełnia / Nie spełnia Liczba punktów
Dziecko posiada tylko jednego rodzica	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> + 4
Miejsce zamieszkania w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie powiatu Brzeskiego	<input type="checkbox"/> Brzeg: 0, <input type="checkbox"/> poza Brzegiem + 4
Dziecko jest 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, <input type="checkbox"/> współistniejące choroby przewlekłe + 2
Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności wydane przez upoważniony organ/w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Dziecko jest osobą niesamodzielną, tj. osobą, 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 (wg skali Barthel).	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
W okresie poprzedzającym nabór do projektu osiągam 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"/>
Dziecko mieszka będące niepełnosprawne (lub osobą z zaburzeniami psychicznymi) zamieszkuje lokalu wymagający dostosowania pod kątem osób niepełnosprawnych.	TAK <input type="checkbox"/> + 3 NIE <input type="checkbox"/>
Suma punktów (maksimum 21)	

<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	
Ewentualnie dokumentacja medyczna do wglądu lekarzowi członkowi Komisji Rekrutacyjnej	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

### 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 dziecko jest 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 opiekuna dziecka)

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:	