FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
(OSOBA POTRZEBUJĄCA POMOCY W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU)

**KLUB SENIORA**

|  |
| --- |
| **Nazwa projektodawcy:** |
| **Gmina Strumień / Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Strumieniu** |
| **Tytuł projektu:** |
| **Usługi społeczne w Gminie Strumieniu** |
|  |
| **Dane uczestnika** |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL |
| Wykształcenie(należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED) | ISCED 5-8 Wyższe  |  |
| ISCED 4 Policealne  |  |
| ISCED 3 Ponadgminazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa) |  |
| ISCED 2 Gimnazjalne  |  |
| ISCED 1 Podstawowe  |  |
| ISCED 0 Brak  |  |
|  |  |  |
| **Dane kontaktowe uczestnika** |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
|  |  |
| **Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** |
| **Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy**Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy. | Tak |  | Nie |  |
| **Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy**Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy. | Tak |  | Nie |  |
| **W tym długotrwale bezrobotny**Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny" różni się w zależności od wieku:- Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy).- Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie. | Tak |  | Nie |  |
| **Bierny zawodowo**Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). | Tak |  | Nie |  |
| **W tym osoba ucząca się** | Tak |  | Nie |  |
| **W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu** | Tak |  | Nie |  |
| **Osobą pracująca (niezależnie od rodzaju umowy)**Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo. Studenci, którzy są zatrudnieni (również na część etatu) , powinni być wykazywani jako osoby pracujące. | Tak |  | Nie |  |
| osoba pracująca w administracji rządowej |  |
| osoba pracująca w administracji samorządowej |  |
| inne |  |
| osoba pracująca w MMŚP |  |
| osoba pracująca w organizacji pozarządowej |  |
| osoba prowadząca działalność na własny rachunek |  |
| osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie |  |
| **Zatrudniony w:** Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony |  |
| **Wykonywany zawód:** |
| Nauczyciel kształcenia zawodowego |  |
| Nauczyciel kształcenia ogólnego |  |
| Nauczyciel wychowania przedszkolnego |  |
| Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego |  |
| Pracownik instytucji rynku pracy |  |
| Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia |  |
| Rolnik |  |
| Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej |  |
| Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej |  |
| Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej |  |
| Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej |  |
| Instruktor praktycznej nauki zawodu |  |
| Inny |  |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu**(odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej) |
| **Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**Cudzoziemcy na stale mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski. |
| Tak |  | Nie |  | Odmowa podania informacji |  |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). |
| Tak |  | Nie |  |
| **Osoba z niepełnosprawnościami**Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r.o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. **osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.** |
| Tak |  | Nie |  | Odmowa podania informacji |  |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)**Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0.(Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia) |
| Tak |  | Nie |  | Odmowa podania informacji |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia – kryteria obligatoryjne** | **TAK** | **NIE** |
| **Oświadczam, że** (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź): | jestem osobą zamieszkałą w woj. śląskim na terenie Gminy Strumień w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego |  |  |
| jestem osobą potrzebującą pomocy w codziennym funkcjonowaniu [[1]](#footnote-2); |  |  |
| jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym[[2]](#footnote-3); |  |  |
| jestem osobą samotną w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości; lubjestem osobą samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości; lubjestem osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić mi odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości.  |  |  |
| przynależę do grupy docelowej |  |  |
| **Oświadczam, że** (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź): | **Kryterium pierwszeństwa** | **TAK** | **NIE** | ***Jeśli tak*** |
| mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) z ust. z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej |  |  | **40 pkt** |
| **Kryteria premiujące** | **TAK** | **NIE** | ***Jeśli tak*** |
| Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego, jako wykluczenie z powodu więcej niż 1 przesłanek, o których mowa w Regulaminie Projektu (§2 pkt 4) i zwalczania ubóstwa |  |  | **10 pkt** |
| Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności/ osobą z niepełnosprawnością sprzężoną/ osobą z niepełnosprawnością intelektualną/ osobą z zaburzeniami psychicznymi/ osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi |  |  | **10 pkt** |
| Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa |  |  | **10 pkt** |

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie:**

Deklaruję uczestnictwo w projekcie „**Usługi społeczne w Gminie Strumień**” realizowanym przez Gminę Strumień w ramach Działania 09.02.05 Rozwój działań społecznych, Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

|  |
| --- |
| **RODZAJ WSPARCIA** |
| Proszę wybrać rodzaj wsparcia, o które ubiega się kandydat: | **Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania** |  |
| **Usługi asystenckie świadczone w miejscu zamieszkania[[3]](#footnote-4)** |  |
| **Klub Seniora [[4]](#footnote-5)** |  |
| **Miejsce w mieszkaniu wspomaganym** |  |

 …………………………… …………………………..

Miejscowość, data Podpis

**OŚWIADCZENIA:**

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że:

1. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie „**Usługi społeczne w gminie Strumień**” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych na stronie internetowej projektu www.choceń.pl.
2. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe.

………………………………………………..

data i czytelny podpis

* Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;

………...……………….……………………

data i czytelny podpis

* Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie;

………...……………….……………………

data i czytelny podpis

* Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;

………...……………….……………………

data i czytelny podpis

Osoby z niepełnosprawnościami:

|  |  |
| --- | --- |
| Zwracamy się z prośbą o podanie informacji dot. Państwa szczególnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności. Informacja posłuży do zidentyfikowania potrzeb w zakresie występujących barier architektonicznych, komunikacyjnych, technicznych, itp., które mogą utrudnić Państwu uczestnictwo w ramach projektu. Uzyskane informacje zostaną wykorzystane do poprawy jakości realizowanych działań w projekcie oraz do zapewnieniu Państwu pełnej dostępności form wsparcia świadczonego w ramach projektu. | …………………………………………………….…………………………………………………….…………………………………………………….…………………………………………………….…………………………………………………….…………………………………………………….…………………………………………………….…………………………………………………….…………………………………………………….…………………………………………………….…………………………………………………….…………………………………………………….…………………………………………………….…………………………………………………….…………………………………………………….……………………………………………………. |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Usługi społeczne w gminie Strumień” WND-RPSL.09.02.05-24-01AA/20-002 przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest *Zarząd Województwa Śląskiego*, z siedzibą przy ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice, adres email: kancelaria@slaskie.pl, strona internetowa: bip.slaskie.pl.
2. Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych (inspektor ochrony danych), adres email: [daneosobowe@slaskie.pl](file:///C%3A%5CUsers%5Cidczakt%5CAppData%5CLocal%5CTemp%5Cdaneosobowe%40slaskie.pl).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez administratora w celuobsługi ww. projektu,
dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności:
* udzielenia wsparcia
* potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
* monitoringu
* ewaluacji
* kontroli
* audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
* sprawozdawczości
* rozliczenia projektu
* odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania
* zachowania trwałości projektu
* archiwizacji
* badań i analiz.
1. Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążący
na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej: RODO), wynikający z:
2. art. 125 i 126 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 – dalej: Rozporządzenie ogólne;
3. art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów
w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - Gmina Strumień / Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Strumieniu ul 1 Maja 18, 43-146 Strumień, partner projektu: Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych i Niesamodzielnych, ul. Kminkowa 182 E / 2, 62-064 Plewiska
5. Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta, ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego, dostawcom systemów informatycznych i usług IT, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
6. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
7. Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Administrator danych osobowych, na mocy art. 17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
9. Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
10. Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:

1. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem*\*.*
2. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem*\*.*
3. Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta.

|  |  |
| --- | --- |
| …..………………………….…………………… | ……………………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\*\** |

\*Niepotrzebne skreślić (wykreśla Beneficjent w zależności od ogłoszonego konkursu).

\*\*W przypadku uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

**ZAŁĄCZNIKI (proszę zaznaczyć właściwe):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Załącznik** |  |
| Oświadczenie uczestnika projektu o potrzebie pomocy w codziennym funkcjonowaniu  |  |
| Zaświadczenie o dochodach i/lub inne dokumenty potwierdzające dochód na osobę samotnie gospodarującą, osobę w rodzinie lub rodzinę.[[5]](#footnote-6) (dotyczy osób, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) z ust. z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej) |  |
| Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności bądź innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia – *(dotyczy osób z niepełnosprawnościami, w tym osób chorych psychicznie lub niesprawnych intelektualnie)* |  |
| Pisemna zgoda rodziców/opiekunów prawnych na uczestnictwo w Projekcie – *(dot. osób niepełnoletnich i ubezwłasnowolnionych)*  |  |
| Upoważnienie do dokonywania w imieniu uczestnika projektu i na jego rzecz czynności formalnych związanych z udziałem w projekcie *(dotyczy uczestników projektu, którzy ze względu na swój stan zdrowia nie są w stanie składać samodzielnie oświadczeń)*  |  |
| Zaświadczenie lekarskie o możliwości mieszkania bez konieczności zapewnienia całodobowej opieki. W przypadku osób chorujących psychicznie lub niesprawnych intelektualnie niezbędne jest zaświadczenie lekarskie od lekarza prowadzącego, w tym lekarza rodzinnego, a w przypadku niepełnosprawnych skojarzonych i chorób współistniejących lekarza specjalistę oraz opinii psychologa o osobie przyjmowanej. *(dotyczy osób kierowanych do mieszkania wspomaganego)* |  |

**Oświadczenie o potrzebie pomocy w codziennym funkcjonowaniu**

Imię i nazwisko …………………………………………………………………..…………………………………………

ur. dnia .……………………………………………………………roku w ………………………………………………

Niniejszym oświadczam, iż jestem osobą potrzebującą pomocy w codziennym funkcjonowaniu 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.

*Oświadczam, że  zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych
z prawdą.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Data*

 ………………………..……

 *Miejscowość, data*

**UPOWAŻNIENIE**

Ja*.................................,* legitymująca/y się dowodem osobistym............................... nr ......................, wydanym w dniu ......................, przez ..................................................................., PESEL ..............................., zamieszkała/y w.............................. przy ul. ......................................, ze względu na swój stan zdrowia

upoważniam..........................................................., legitymującą się dowodem osobistym............................... nr ......................, wydanym w dniu ......................., przez ................................................., PESEL ..............................., zamieszkałą/łego w.................................. przy ul. .......................................

do dokonywania w moim imieniu i na moją rzecz czynności formalnych związanych z moim udziałem w projekcie pn. „Usługi społeczne w gminie Strumień” WND-RPSL.09.02.05-24-01AA/20-002

Niniejsze pełnomocnictwo obejmuje w szczególności upoważnienie do:

* składania oświadczeń woli, wniosków, pism oraz podań, podpisywania wszelkich dokumentów jak również odbioru i kwitowania odbioru wszelkiej korespondencji związanej z udziałem w projekcie, przesyłek, dokumentów, protokołów odbioru
* podpisywania kart potwierdzających skorzystanie z przysługujących mi usług opiekuńczych/asystenckich\*

Niniejsze powyższe upoważnienie udzielane jest na czas nieoznaczony mojego udziału w projekcie pn. „Usługi społeczne w gminie Strumień”.

 ………………………………..……

 Czytelny podpis UP

1. 5. Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, 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. [↑](#footnote-ref-2)
2. Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:

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;

osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;

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;

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 (Dz. U. z 2014 r. poz. 382, z późn. zm.);

osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. 1991 Nr 95 poz. 425 z późn. zm.)

osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.);

członek rodziny 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;

osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.);

osoby potrzebujące pomocy w codziennym funkcjonowaniu ;

osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;

osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020. [↑](#footnote-ref-3)
3. Wsparcie kierowane do osób niepełnosprawnych [↑](#footnote-ref-4)
4. Wsparcie kierowane do osób w wieku poprodukcyjnym tj. kobiety od 60 roku życia i mężczyźni od 65 roku życia [↑](#footnote-ref-5)
5. Zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: „Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszoną o: 1) miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych; 2) składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach; 3) kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób”. [↑](#footnote-ref-6)