|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba uzyskanych punktów (wypełnia pracownik)** |  |
| **Zakwalifikowany do udziału w projekcie** | **TAK/NIE** |

**ANKIETA REKRUTACYJNA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PODSTAWOWE DO PRZYJĘCIA UCZESTNIKA/KANDYDATA** | | | | | | |
| Imię |  | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | |
| PESEL |  | | | | | |
| Adres:  Nr tel. |  | | | | | |
| Osoba z niepełnosprawnościami | □ Tak | | | □ Nie | | |
| Posiadanie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności | □ Brak | □ Na stałe | | | | □ Okresowe do dnia:  …………………… |
| Posiadanie stopnia niepełnosprawności w stopniu: | □ Znacznym  (I grupa) | □ Umiarkowanym   (II grupa) | | | | □ Lekkim (III grupa) |
| Zaświadczenie lekarskie o potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu | □ Tak | | | | □ Nie | |
| Zaświadczenie z pomocy społecznej o potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu | □ Tak | | | | □ Nie | |
| **KRYTERIA PREMIUJĄCE** | | | | | | **PUNKTY PRZYZNANE** |
| Posiadanie stopnia niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym lub znacznym | □ Tak | | □ Nie | | |  |
| Niepełnosprawność sprzężona | □ Tak | | □ Nie | | |  |
| Niepełnosprawność z powodu chorób psychicznych | □ Tak | | □ Nie | | |  |
| Niepełnosprawność intelektualna | □ Tak | | □ Nie | | |  |
| Niepełnosprawność z całościowymi  zaburzeniami rozwojowymi w rozumieniu zgodnym z ICD10 | □ Tak | | □ Nie | | |  |
| Korzysta z programu FE PŻ | □ Tak | | □ Nie | | |  |
| Zamieszuje samotnie | □ Tak | | □ Nie | | |  |
| Łączna suma punktów |  | | | | | |

Odpowiedź “TAK” - 1 pkt                Odpowiedź “NIE” - 0 pkt

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE DO KONTAKTU Z OPIEKUNEM** | |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Kim jest opiekun dla OzN |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Numer  telefonu do kontaktu |  |

**Określenie stopnia samodzielności:**

**SKALA OCENY PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO ADL (SKALA KATZA) \*strona 16 regulaminu wyboru projektów - na dole strony pkt. 4**

Proszę zaznaczyć znakiem X właściwą charakterystykę stanu osoby badanej. Każdy znak X w kolumnie

„TAK” oznacza 1 punkt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Czynność** | **Opis** | **PACJENT SAMODZIELNY** | |
| **TAK** | **NIE** |
| Kąpanie się/ mycie się | Nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała gąbką, kąpiel w  wannie/ prysznic |  |  |
| Ubieranie się | Ubiera się bez żadnej pomocy, z wyjątkiem  wiązania sznurówek |  |  |
| Korzystanie z  toalety | Idzie do 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) |  |  |
| Poruszanie się | Przemieszcza się z/do łóżka lub na krzesło bez  pomocy (może korzystać z laski lub chodzika) |  |  |
| Kontrolowane wydalanie moczu i  stolca | Całkowicie panuje nad zwieraczami (bez sporadycznych epizodów nietrzymania) |  |  |
| Jedzenie | Odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem  ewentualnego krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem) |  |  |
| **Suma punktów:** | |  | |

Wyniki (opis):

* 5-6 punków – w pełni zachowane czynności
* 3-4 punkty – średniego stopnia upośledzenie
* 0-2 punkty – ciężkie upośledzenie czynnościowe

**Wywiad środowiskowy**

1. *Jaka jest Pana/-i sytuacja zdrowotna?*
2. *Jaka jest Pana/-i sytuacja mieszkaniowa?*
3. *Jaka jest Pana/-i sytuacja finansowa (w tym łączny dochód w rodzinie)?*
4. *Jaka jest Pana/-i sytuacja rodzinna?*
5. *Jaka jest Pana/-i sytuacja zawodowa?*
6. *Jaki jest powód ubiegania się o przyznanie pomocy?*
7. *Czy korzysta Pan/-i z pomocy instytucjonalnej?*
8. *Czy korzysta Pan/-i z pomocy innych osób poza rodziną?*

|  |
| --- |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **Dochody:** ………………………………………………………………………… |

**Podsumowanie ankiety i rekomendacja Kandydata**

|  |
| --- |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

…..................................................      ....................................................................

miejscowość i data   podpis pracownika socjalnego

**Oświadczenia uczestnika procesu rekrutacyjnego**

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA** |
| Przyjmuję do wiadomości, iż wypełnienie niniejszej ankiety nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu. |
| Zostałam/em poinformowana/y o zasadach udziału w projekcie Centrum Usług Środowiskowych „JA-TY-MY” dla powiatu poddębickiego” |
| Oświadczam, iż zapoznałem się z regulaminem projektu Centrum Usług Środowiskowych „JA-TY-MY” dla powiatu poddębickiego |
| Oświadczam, iż obecnie zamieszkuję na terenie Powiatu Poddębickiego w województwie łódzkim. |
| Dobrowolnie deklaruję swój udział w projekcie Centrum Usług Środowiskowych „JA-TY-MY” dla powiatu poddębickiego, równocześnie zobowiązując się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Realizatora Projektu. |
| Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych,  tj. danych rasowych i etnicznych. |
| Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Realizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej. |
| Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w tej ankiecie są zgodne z prawdą. |
| Zostałem/łam poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027. |
| Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych, w tym wrażliwych, na potrzeby rekrutacji, realizacji, monitorowania i ewaluacji przez instytucje i osoby obsługujące i przekazujące dane osobowe, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. O ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922). Przyjmuję do wiadomości, że powyższa zgoda może zostać przeze mnie cofnięta w dowolnym momencie. |
| Zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych w ramach projektu Centrum Usług Środowiskowych „JA-TY-MY” dla powiatu poddębickiego w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania. |

………………………………….. ……............................................................................

miejscowość i data czytelny podpis uczestnika procesu rekrutacyjnego

……………………………………………………………………………………………….

w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej

ankietę podpisuje opiekun prawny