

## Formularz dla kandydata do korzystania ze wsparcia w Dziennym Domu Pomocy Społecznej / Mieszkaniach Wspomaganych\*

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dane kandydata:

**Imię i nazwisko:** .....

**PESEL:** .....

**Adres zamieszkania:**

Województwo: .....

Miejscowość: .....

Ulica, nr domu: .....

Nr lokalu: .....

Kod pocztowy: .....

Telefon stacjonarny: .....

Telefon komórkowy: .....

E - mail: .....

Wiek: .....

Płeć: .....

Seria i nr dowodu osobistego.....

**Dane osoby zgłaszającej/opiekuna faktycznego (osoba opiekująca się osobą niesamodzielną lub jeżeli działa prawnie w imieniu kandydata):**

Nazwisko i imię.....

stopień pokrewieństwa/status prawny.....

Adres zamieszkania.....

Telefon kontaktowy.....

Seria i nr dowodu osobistego.....

**Dane dodatkowe:**

#### **I. Status uczestnika**

1.

- jestem osobą samotnie gospodarującą
- mój miesięczny dochód wynosi do 1051,50 zł
- mój miesięczny dochód wynosi 1051,51 zł i więcej

2.

- jestem osobą funkcjonującą w rodzinie (nie gospodaruję samodzielnie)
- mój miesięczny dochód wynosi do 792,00 zł
- mój miesięczny dochód wynosi 792,01 zł i więcej

3.

- jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną\*\*
- jestem osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym\*\*
- jestem osobą niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym\*\*
- jestem osobą niepełnosprawną w stopniu lekkim\*\*

4.

- jestem osobą niesamodzielną z niemożnością wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności życiowych\*\*

5.

- jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa\*\*\*
- jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy\*\*\*
- jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego\*\*\*\*

\*niepotrzebne skreślić

\*\* obowiązek potwierdzenia odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia (zaświadczenie lekarskie i ocena skalą Barthel)

\*\* oświadczenie kandydata/kandydatki

## II. Oświadczenia

1. Oświadczam, że na dzień składania formularza zgłoszeniowego nie korzystam z następujących form wsparcia:

- usług asystenckich
- krótkookresowego całodobowego i dziennego pobytu dla osób niesamodzielnych (np. w domu pomocy społecznej, domu seniora, świetlicach środowiskowych, innej podobnej instytucji)
- usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania

2. Oświadczam, iż zapoznałem(am) się z Regulaminem rekrutacji uczestników Dziennego Domu pomocy Społecznej oraz Mieszkań Wspomaganych.

## Pouczenie

**Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z § 233 Kodeksu Karnego.**

## III. Przetwarzanie danych osobowych:

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Raciborzu.**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Uczestnika/czki /  
opiekuna prawnego

**Pouczenie:**

Zgodnie z RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do:

1. dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii
2. sprostowania (poprawiania) swoich danych
3. żądania usunięcia, ograniczenia lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania

**Wypełnia osoba przyjmująca formularz zgłoszeniowy:**

<b>Wpłynęło:</b>	
<b>data:</b> .....	<b>godz.:</b> .....
<b>lub data stempla pocztowego:</b> .....	
<b>Osoba przyjmująca:</b> .....	
<i>/czytelny podpis: imię i nazwisko/</i>	

Racibórz, dnia .....

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
.....  
(Adres zamieszkania)

### **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/CZKI O WYRAŻENIU ZGODY NA UPUBLICZNIANIE WIZERUNKU**

W związku z uczestnictwem w Dziennym Domu Pomocy Społecznej / Mieszkaniach Wspomaganych w okresie trwałości projektu po zakończonym projekcie „Wsparcie organizacji usług społecznych” realizowanym przez OPS w Raciborzu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego, Oś priorytetowa IX Włączenie społeczne, Działanie 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.2. Rozwój usług społecznych i zdrowotnych – RIT wyrażam zgodę na upublicznienie mojego wizerunku dla potrzeb realizacji wsparcia.

.....  
Czytelny podpis opiekuna prawnego

.....  
Czytelny podpis Uczestnika/czki

Racibórz, dnia.....

## **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA DOT. PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z uczestnictwem w Dziennym Domu Pomocy Społecznej / Mieszkaniach wspomaganych w okresie trwałości projektu po zakończonym projekcie pn. „Wsparcie organizacji usług społecznych” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Raciborzu reprezentowany przez Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Raciborzu p. Danutę Rassek, dane kontaktowe: ul. Sienkiewicza 1, 47-400 Racibórz, tel. 32 415 26 50.
2. Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych (inspektor ochrony danych), adres email: [iodo@ops-raciborz.pl](mailto:iodo@ops-raciborz.pl)
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez administratora w celu realizacji ww. projektu w okresie jego trwałości w szczególności w zakresie:
  - a) udzielenia wsparcia
  - b) potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
  - c) monitoringu
  - d) ewaluacji
  - e) kontroli
  - f) audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
  - g) sprawozdawczości
  - h) rozliczenia projektu
  - i) zachowania trwałości projektu
  - j) archiwizacji
  - k) badań i analiz.
4. Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest udzielona przeze mnie zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych tj. art. 6 ust. 1 lit. a 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).
5. Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym upoważnionym przez administratora w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, 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 zgodnie z zasadami regulującymi pomoc publiczną oraz zgodnie z krajowymi przepisami dotyczącymi archiwizacji dokumentów.
7. Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem, 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 dobrowolne, 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.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Uczestnika/czki /  
opiekuna prawnego\*

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

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

.....  
(imię i nazwisko)

Racibórz, dnia .....

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Raciborzu moich danych osobowych w związku z uczestnictwem w Dziennym Domu Pomocy Społecznej / Mieszkaniach wspomaganych w okresie trwałości projektu po zakończonym projekcie pn. „Wsparcie organizacji usług społecznych”. Oświadczam, że zapoznała/em się z powyższą klauzulą informacyjną.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Uczestnika/czki /  
opiekuna prawnego\*

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

Racibórz, dnia.....

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
.....  
(Adres zamieszkania)

### **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/CZKI O NIEKORZYSTANIU ZE WSPARCIA TOŻSAMEGO**

W związku z uczestnictwem w Dziennym Domu Pomocy Społecznej / Mieszkaniach Wspomaganych w okresie trwałości projektu po zakończonym projekcie „Wsparcie organizacji usług społecznych” realizowanym przez OPS w Raciborzu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego, Oś priorytetowa IX Włączenie społeczne, Działanie 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.2. Rozwój usług społecznych i zdrowotnych – RIT oświadczam, że nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych działaniach i Priorytetach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

.....  
Czytelny podpis opiekuna prawnego

.....  
Czytelny podpis Uczestnika/czki

## OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU Z PROGRAMU OPERACYJNEGO POMOC ŻYWNOŚCIOWA 2014-2020

Ja niżej podpisany/a

.....  
oświadczam, że jestem osobą, która:

- korzysta** z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020
- nie korzysta** z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020

Ponadto oświadczam, iż zakres uzyskanego wsparcia w ramach trwałości projektu po zakończonym projekcie „Wsparcie organizacji usług społecznych” nie będzie powielał działań, które otrzymuję z programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ 2014-2020) w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ 2014-2020.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań lub oświadczeń mających służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub administracyjnym wynikającej z przepisów art. 233 Kodeksu Karnego potwierdzam, i powyższe oświadczenie jest zgodne z prawdą, wyczerpujące i zupełne.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Uczestnika/czki

.....  
Przyjął



## KWESTIONARIUSZ REKRUTACYJNY DLA POTENCJALNYCH UCZESTNIKÓW MIESZKAŃ WSPOMAGANYCH\*

1. Proponowany uczestnik/czka:

Imię i nazwisko:.....

Adres: Racibórz, ul. ....

Data urodzenia:.....Wykształcenie:.....

Źródło dochodu (proszę wymienić) i wysokość dochodu (potwierdzone decyzją emerytalną lub rentową lub inną):

.....

2. Uczestnik/czka, to mieszkaniec/ka obszaru objętego rewitalizacją/obszaru nie objętego rewitalizacją:

- a) Osoba niesamodzielna w wieku 60+
- b) Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub z niepełnosprawnościami sprzężonymi
- c) Osoba z niepełnosprawnością intelektualną
- d) Osoba z zaburzeniami psychicznymi
- e) Osoba wykluczona społecznie lub zagrożona ubóstwem/ wykluczeniem społecznym
- f) Osoba z problemami w sprawach opiekuńczych
- g) Osoba odbywająca karę pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego
- h) Osoba z otoczenia osób wykluczonych lub zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym
- i) Osoba lub rodzina korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej
- j) Osoba niesamodzielna
- k) Osoba bezdomna
- l) Osoba bądź rodzina korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.

3. Działania, którymi można objąć osobę/rodzinę:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

4. Członkowie wspólnego gospodarstwa domowego:

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Pokrewieństwo	Dodatkowe informacje
1				
2				
3				
4				
5				

5. Opinia Pracownika Socjalnego lub dodatkowe informacje o rodzinie:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na uczestnictwo w Dziennym Domu Pomocy Społecznej.

\*niepotrzebne skreślić

.....  
Podpis potencjalnego Uczestnika/czki

Racibórz, dnia: .....

.....  
Podpis/pieczęć Pracownika socjalnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Raciborzu działań rekrutacyjnych.

Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami zawartymi w klauzuli informacyjnej RODO będącej jednym z załączników do Regulaminu Rekrutacji.

.....  
Data i podpis potencjalnego Uczestnika/czki

## ARKUSZ PUNKTÓW REKRUTACYJNYCH POTENCJALNYCH UCZESTNIKÓW

IMIĘ I NAZWISKO POTENCJALNEGO UCZESTNIKA/CZKI:.....

ADRES ZAMIESZKANIA: Racibórz, ul.....

Płeć:  kobieta  mężczyzna

### SZCZEGÓŁOWA PUNKTACJA:

#### DLA UCZESTNIKÓW DZIENNEGO DOMU POMOCY:

Kryterium	Kryterium szczegółowe	Liczba punktów
Zaliczenie do grupy osób niepełnosprawnych (na podstawie orzeczenia lub innego dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność) lub niesamodzielnych (na podstawie oświadczenia z wypełnioną skalą Barthel lub zaświadczenia lekarskiego)	Osoba niepełnosprawna lub niesamodzielna	1pkt
	Osoba ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności lub z niepełnosprawnością sprzężoną	2pkt
Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 - 2020	Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	1pkt
	Osoba nie korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	0pkt
Zaliczenie do grupy osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie ze Słownikiem terminologicznym z Wytycznych w zakresie zasad realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014 - 2020 tj. : <ul style="list-style-type: none"> <li>• osoby lub rodziny 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;</li> <li>• osoby, o których mowa w art1 ust.2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;</li> <li>• osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą;</li> <li>• osoby z niepełnosprawnością;</li> </ul>	Osoba doświadczająca wykluczenia z powodu 1 okoliczności określonej w Wytycznych	1pkt
	Osoba doświadczająca wykluczenia z powodu więcej niż 1 okoliczności określonej w Wytycznych	2pkt

<ul style="list-style-type: none"> <li>osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;</li> <li>osoby niesamodzielne, potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;</li> <li>osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań;</li> <li>osoby odbywające karę pozbawienia wolności;</li> <li>osoby korzystające z POPZ.</li> </ul>		
---	--	--

### **DLA MIESZKAŃCÓW MIESZKAŃ WSPOMAGANYCH / WSPIERANYCH**

<b>Kryterium</b>	<b>Kryterium szczegółowe</b>	<b>Liczba punktów</b>
Zaliczenie do grupy osób niepełnosprawnych (na podstawie orzeczenia lub innego dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność) lub niesamodzielnych (na podstawie zaświadczenia lekarskiego z wypełnioną skalą Barthel). Niezbędne zaświadczenie lekarskie oraz opinia psychologa o osobie przyjmowanej.	Osoba niepełnosprawna lub niesamodzielna	1pkt
	Osoba ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności lub z niepełnosprawnością sprzężoną	2pkt
Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 - 2020	Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	1pkt
	Osoba nie korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	0pkt
Zaliczenie do grupy osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie ze Słownikiem terminologicznym z Wytycznych w zakresie zasad realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014 -2020 tj. :	Osoba doświadczająca wykluczenia z powodu 1 okoliczności określonej w Wytycznych	1pkt
	Osoba doświadczająca wykluczenia z powodu więcej niż 1 okoliczności określonej w Wytycznych	2pkt
<ul style="list-style-type: none"> <li>osoby lub rodziny 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;</li> <li>osoby, o których mowa w art1 ust.2;</li> <li>ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą;</li> <li>osoby z niepełnosprawnością;</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy</li> <li>• osoby niesamodzielne, potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;</li> <li>• osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań;</li> <li>• osoby odbywające kare pozbawienia wolności;</li> <li>• osoby korzystające z POPZ.</li> </ul>		

SUMA UZYSKANYCH PUNKTÓW: .....

Decyzja Komisji Rekrutacyjnej:

.....  
 .....

Racibórz, dnia .....

Podpisy Komisji Rekrutacyjnej:

..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....
--	--

Racibórz, dnia.....

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
.....  
(Adres zamieszkania)

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że ze względu na:

- podeszły wiek, choroby przewlekłe, zły stan zdrowia, wady wrodzone, ustalony stopień niepełnosprawności\*

nie jestem w stanie samodzielnie zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych i wymagam opieki lub/i pomocy innych osób z powodu naruszenia sprawności organizmu zakresie:

- odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała, higieny osobistej i otoczenia, prowadzenia gospodarstwa domowego\*

.....  
Przyjął

.....  
Podpis Uczestnika/czki

\*właściwe podkreślić

Racibórz, dnia.....

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
.....  
(Adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/CZKI O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA  
SKŁADANIE INFORMACJI NIEZGODNYCH Z PRAWDĄ**

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą danych i niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

„Art. 233 § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”

.....  
Przyjął

.....  
Czytelny podpis uczestnika/czki  
/opiekuna prawnego

## OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UCZESTNICTWA W DZIENNYM DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ / MIESZKANIACH WSPOMAGANYCH \*

.....  
(Imię i Nazwisko)

.....  
(PESEL)

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, iż rezygnuję z uczestnictwa w Dziennym Domu Pomocy Społecznej / Mieszkanium Wspomagany\* w okresie trwania trwałości projektu po zakończonym projekcie „Wsparcie organizacji usług społecznych” realizowanym przez OPS Racibórz w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego, Oś priorytetowa IX Włączenie społeczne, Działanie 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.1. Rozwój usług społecznych i zdrowotnych- RIT,

jednocześnie informuję, iż przyczyną mojej rezygnacji jest:

.....  
.....  
.....

Ponadto oświadczam, iż ww. powody rezygnacji nie były mi znane w momencie rozpoczęcia uczestnictwa w Dziennym Domu Pomocy Społecznej / Mieszkanium Wspomagany\* oraz że zapoznałem/łam się z zasadami rezygnacji z uczestnictwa zawartymi w Regulaminie Rekrutacji i uczestnictwa.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis uczestnika/czki

.....  
Przyjął

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań lub oświadczeń mających służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub administracyjnym wynikającej z przepisów art. 233 Kodeksu karnego potwierdzam, iż powyższe oświadczenie jest zgodne z prawdą, wyczerpujące i zupełne.

.....  
Czytelny podpis uczestnika/czki

\* niepotrzebne skreślić



**Kontrakt nr ..... /DDPS/MW/2023 z dnia .....**

**Świadczenie WSPARCIE W DZIENNYM DOMU POMOCY/ WSPARCIE  
W MIESZKANIACH WSPOMAGANYCH\***

**w okresie trwałości projektu po zakończonym projekcie:  
„Wsparcie organizacji usług społecznych”  
w ramach RPO WSL na lata 2014 - 2020**

zawarty w Raciborzu pomiędzy:

**Miastem Racibórz – Ośrodkiem Pomocy Społecznej**

**w Raciborzu (zwanym dalej Realizatorem), reprezentowanym przez –**

.....,

a

**imię i nazwisko:**.....

zamieszkałym/ą: .....

PESEL:.....

zwanym/ą dalej uczestnikiem/czką, przy udziale:

**Zespołu w składzie:**

Kierownik Dziennego Domu Pomocy Społecznej, Pracownik socjalny, Opiekun, Terapeuta\*  
zwanym dalej Zespołem (odpowiedzialnym za realizację usług).

W ramach trwałości projektu po zakończonym projekcie „Wsparcie organizacji usług społecznych”, który był realizowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Priorytet IX Włączenie społeczne, Działanie 9.2 Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.2 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych – RIT.

## **§ 1**

1. Przedmiotem niniejszego kontraktu jest udzielenie uczestnikowi/czce wsparcia poprzez zastosowanie odpowiednich usług o charakterze społecznym, zdrowotnym:
  - a) Pomoc w czynnościach życia codziennego
  - b) Pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych
  - c) Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych
  - d) Wsparcie w utrzymaniu kontaktów społecznych

Podpis Zespołu:

.....  
.....  
.....  
.....

2. Udzielenie wsparcia ma na celu deinstytucjonalizację, upowszechnienie i zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych dla osób zamieszkujących w Raciborzu.
3. Wsparcie udzielane jest od dnia podpisania kontraktu do .....
4. \* Uczestnik/czka Dziennego Domu Pomocy Społecznej za korzystanie i udział jest zobowiązany do poniesienia opłaty w wysokości ..... zł – płatne do 20-go każdego miesiąca na konto nr 66 1050 1328 1000 0004 0025 0809.  
\* Uczestnik/czka Mieszkania Wspomagane za korzystanie z mieszkania zobowiązany jest do poniesienia opłat:
  - a) opłata stała w wysokości .....zł – płatne do 20-go dnia każdego miesiąca na konto nr 66 1050 1328 1000 0004 0025 0809.
  - b) Opłaty za media (tj. woda i ścieki, ogrzewanie, podgrzanie wody, śmieci) na podstawie wskazań liczników oraz zawartych umów – płatne do 20-go każdego następnego miesiąca na nr konta 66 1050 1328 1000 0004 0025 0809.

## § 2

1. Wsparcie udzielane jest przez Realizatora w Ośrodku Pomocy Społecznej w Raciborzu na podstawie Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014 – 2020 w związku z podejmowanymi działaniami w zakresie trwałości projektu, o którym mowa w preambule niniejszego kontraktu.

## § 3

1. Uczestnik/czka zobowiązuje się do:
  - a) Podpisania kontraktu,
  - b) zapoznania się z Regulaminem Rekrutacji Uczestników i Regulaminem Uczestników Dziennego Domu Pomocy Społecznej „przy Pl. Wolności” / Regulaminem Mieszkań Wspomaganych i ich przestrzegania,
  - c) czynnego udziału w działaniach określonych w §1,
  - d) zgłaszania wszystkich nieobecności zgodnie z zapisami w regulaminie,
  - e) terminowego regulowania opłat określonych w §1 pkt4.
2. Udział w działaniach będzie potwierdzany na bieżąco wpisem uczestnika/czki na odpowiednim formularzu.
3. W przypadku rezygnacji lub przerwania udziału uczestnik/czka zobowiązuje się do złożenia pisemnego oświadczenia ze wskazaniem przyczyny. W przypadku gdy rezygnacja nastąpiła z ważnych, udokumentowanych powodów osobistych lub zdrowotnych, niemożliwych do przewidzenia w chwili podpisania deklaracji np.: długotrwała choroba, uczestnik potwierdza to zaświadczeniem lekarskim lub pisemnym oświadczeniem złożonym pod rygorem odpowiedzialności karnej.

## § 4

1. Każdej ze stron przysługuje prawo rozwiązania niniejszego kontraktu z uzasadnionej przyczyny. Oświadczenie o rozwiązaniu kontraktu wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W przypadku:
  - a) naruszenia przez uczestnika/czkę postanowień niniejszego kontraktu i/lub Regulaminu Mieszkań Wspomaganych,

- b) odmowy współpracy uczestnika/czki z personelem zespołu,
- c) odmowy podjęcia przez uczestnika/czkę uczestnictwa w zajęciach wynikających z działań i/lub zatajenie informacji o faktycznym stanie zdrowia, zespół wezwie na piśmie uczestnika/czkę do zaprzestania naruszania warunków kontraktu oraz wezwie do podjęcia stosownych działań/zaniechań w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania z pouczeniem o konsekwencjach niestosowania się do otrzymanego wezwania przewidzianych w regulaminie dziennego domu pomocy/regulaminie mieszkań wspomaganych. W przypadku, gdy wezwanie pozostanie bezskuteczne
  - zespół ma prawo rozwiązać kontrakt ze skutkiem natychmiastowym.

## § 5

1. Postanowienia niniejszego kontraktu podlegają prawu polskiemu i Unii Europejskiej.
2. Wszelkie zmiany kontraktu wymagają formy pisemnej (aneksu), pod rygorem nieważności.
3. Wszelkie spory pomiędzy OPS a uczestnikiem/czką, związane z realizacją kontraktu podlegają rozstrzygnięciu przez Sąd Rejonowy w Raciborzu.
4. Kontrakt sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.
5. Kontrakt wchodzi w życie w dniu podpisania go przez obie strony.

.....  
Podpis osoby reprezentującej OPS

.....  
Podpis uczestnika/czki  
(lub przedstawiciela ustawowego)

\*niepotrzebne skreślić

## **UMOWA dotycząca pobytu w mieszkaniu wspomaganym**

zawarta w dniu .....r. pomiędzy:

Miastem Racibórz – Ośrodkiem Pomocy Społecznej reprezentowanym przez  
..... zwanym dalej Prowadzącym Mieszkania Wspomagane –

a

Panem/Panią.....(PESEL).....

(nr dowodu osobistego) ..... – zwanym/ą dalej

Mieszkańcem/Mieszkanką, o następującej treści:

### **§ 1**

1. Na podstawie decyzji Zespołu Rekrutacyjnego wydanej w dniu ..... przyznającej Panu/Pani..... wsparcie w formie pobytu w mieszkaniu wspomaganym (adres): .....

.....

Prowadzący przekazuje do używania przedmiotowy lokal wyposażony w kuchenkę elektryczną, zlewozmywak, szafkę pod zlewozmywak, wyposażenie łazienki (umywalka, ubikacja, natrysk, pochwyty łazienkowe) - zgodnie ze spisem znajdującym się w mieszkaniu wspomaganym nr..... i w dokumentacji dotyczącej lokalu.

Protokół zdawczo - odbiorczy przekazania mieszkania stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

### **§ 2**

1. Mieszkaniec/Mieszkanka zobowiązuje się do korzystania z pomieszczeń i wyposażenia, o którym mowa w § 1 zgodnie z ich przeznaczeniem.
2. Wszelkie zmiany i ulepszenia dokonywane w mieszkaniu i jego wyposażeniu wymagają zgody Prowadzącego wyrażonej na piśmie.
3. Za wszelkie szkody wyrządzone w mieszkaniu przez osoby odwiedzające odpowiada Mieszkaniec/Mieszkanka.
4. Szczegółowy zakres uprawnień i obowiązków Mieszkańca/Mieszkanki zawiera „Regulamin Mieszkań Wspomaganych”.

5. Wyposażenie mieszkania we własne meble i sprzęt jest możliwe po uprzednim uzgodnieniu tego faktu z kierownikiem Dniennego Domu Pomocy Społecznej lub opiekunem. Mieszkaniec ponosi wyłączną odpowiedzialność za swój majątek osobisty.

### **§ 3**

Mieszkaniec/Mieszkanica zobowiązuje się do:

1. współpracy z pracownikami mieszkań wspomaganych, Dniennego Domu Pomocy Społecznej oraz do współpracy z innymi służbami;
2. informowania opiekuna o każdej zmianie sytuacji osobistej, zdrowotnej, dochodowej, prawnej, majątkowej.
3. dbania o powierzone mieszkanie i sprzęty;
4. budowania dobrych relacji ze współmieszkańcami opierających się na: wzajemnym szacunku, poszanowaniu prywatności, szacunku do cudzego mienia, zapewnieniu spokoju, uszanowaniu ciszy nocnej, zachowaniu kultury osobistej, konstruktywnym rozwiązywaniu konfliktów, nieużywaniu przemocy (fizycznej, psychicznej, werbalnej);
5. budowania dobrych relacji z sąsiadami, współpracy z otoczeniem, przestrzegania zasad współżycia społecznego;
6. przestrzegania „Regulaminu mieszkań wspomaganych”.

### **§ 4**

1. Umowa zostaje zawarta na okres ..... miesięcy, z możliwością jej przedłużenia w uzasadnionych przypadkach. Okres przedłużenia ustalony jest indywidualnie i wymaga sporządzenia aneksu, który stanowi załącznik nr 16 do Regulaminu Rekrutacji, z zastrzeżeniem ust. 2 i następných. Przedłużenie umowy następuje na okres nie dłuższy niż do czasu zakończenia okresu trwałości projektu.
2. Strony mogą niniejszą umowę rozwiązać w każdym czasie na mocy porozumienia stron.
3. Umowa niniejsza może ulec rozwiązaniu ze skutkiem natychmiastowym w sytuacjach określonych w Kontrakcie nr.....z dnia..... zawartym pomiędzy uczestnikiem a .....

### **§ 5**

1. Mieszkaniec/Mieszkanica za korzystanie z mieszkania zapłaci opłatę stałą w wysokości 200 zł miesięcznie oraz opłaty, o których mowa w ust. 3 i 4.

2. Płatność regulowana będzie do 20-go dnia każdego miesiąca na konto .....
- (nr konta).
3. Opłaty za media (tj. woda i ścieki, ogrzewanie, śmieci) na podstawie wskazań liczników oraz zawartych umów – płatne do ..... na nr konta.....
4. Opłaty za media (tj. prąd) Mieszkaniec ureguluje dostawcom na podstawie wskazań liczników oraz zawartych umów.

## **§ 6**

W sprawach spornych oraz nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

## **§ 7**

Wszelkie zmiany treści niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

## **§ 8**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....  
Prowadzący Mieszkania Wspomagane

.....  
Uczestnik Mieszkania Wspomaganego

Racibórz, dnia .....

### Protokół zdawczo-odbiorczy

Dotyczy uczestnika: .....

Dotyczy mieszkania: **47-400 Racibórz, ul. Plac Wolności 8/.....**

### KLUCZE

Nazwa	Ilość	Opis dodatkowy
Kod do domofonu		
Klucz do skrzynki pocztowej		
Klucze do mieszkania		

### LICZNIKI

Nazwa	Numer licznika	Stan licznika	Stan plomb
Woda zimna		m <sup>3</sup>	
Woda ciepła		m <sup>3</sup>	
Energia elektryczna		kWh	

### POKÓJ

Nazwa	Ilość	Opis dodatkowy
Okna		

Drzwi		
Linoleum/plytki ceramiczne		
Stan ścian i sufitu		
Grzejnik		
Lampa		
Kuchenska elektryczna z piekarnikiem		
Zlewozmywak jednokomorowy/dwukomorowy z ociekaczem		
Szafka pod zlewozmywak		
Instalacja przyzywowa		
Domofon		

### ŁAZIENKA

Nazwa	Ilość	Opis dodatkowy
Okna		
Drzwi		
Płytki ceramiczne		
Stan ścian i sufitu		
Grzejnik		
Lampa		
Natrysk		
Zasłona prysznicowa		
WC		
Umywalka		
Pochwyty łazienkowe		
Instalacja przyzywowa		

.....  
Podpis opiekuna mieszkań wspomaganych

.....  
Podpis uczestnika projektu



## KARTA OCENY STANU PACJENTA WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL .....

L/p	NAZWA CZYNNOŚCI *	WARTOŚĆ PUNKTOWA **/
1.	<b>Spożywanie posiłków</b> 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać,  5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10= samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie</b> 0= nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5= przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15=samodzielny	
3.	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0= nie korzysta w ogóle z toalety  5= potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety  10=samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	<b>Mycie i kąpiel całego ciała</b> 0= kąpany w wannie przy pomocy podnośnika  5= wymaga pomocy  10=samodzielny	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</b> 0= w ogóle nie porusza się  5= porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby	

	10= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciu sprzętu wspomagającego	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5= potrzebuje pomocy fizycznej asystentki, przenoszenia 10= samodzielny	
8.	<b>Ubieranie się i rozbieranie</b> 0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby 5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10= samodzielny, niezależny(także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł)	
9.	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu</b> 0= nie panuje nad oddawaniem stolca 5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10= kontroluje oddawanie stolca	
10.	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego</b> 0= nie panuje nad oddawaniem moczu 5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10= kontroluje oddawanie moczu	
<b>Łączna liczba punktów (wynik oceny) ***</b>		

Dodatkowe, inne niż wymienione wyżej, przesłanki świadczące o zakwalifikowaniu pacjenta do grupy osób niesamodzielnych tj. osób które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

data, pieczęć, podpis lekarza  
POZ/specjalisty

\* w punktach 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

\*\* wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

\*\*\* w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

.....  
Pieczętka ZOZ lub NZOZ

Miejscowość .....

Data .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO O STANIE ZDROWIA DLA OSOBY  
UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO MIESZKANIA WSPOMAGANEGO LUB  
DZIENNEGO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ W RACIBORZU**

Imię i nazwisko, Wiek

.....

Adres zamieszkania /pobytu/ .....

1. Opis aktualnego stanu zdrowia, przebieg leczenia, zalecane stałe leki, hospitalizacje:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Informacje o sprawności w zakresie lokomocji osoby:

.....  
.....

3. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:.....

.....

4. Ewentualne uwagi/zalecenie koniecznych konsultacji specjalistycznych

.....  
.....

6. Czy istnieją przeciwwskazania do umieszczenia osoby w mieszkaniu wspomaganym

.....

.....  
(Pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

**ZAŚWIADCZENIE PSYCHOLOGA  
O STANIE ZDROWIA DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE  
DO MIESZKANIA WSPOMAGANEGO**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do mieszkań wspomaganych  
.....
2. Stwierdza się upośledzenie umysłowe w stopniu .....IQ.....
3. Charakterystyka osoby ubiegającej się o skierowanie do mieszkań wspomaganych pod względem:
  - a) intelektualnym.....  
.....
  - b) emocjonalnym.....  
.....
  - c) społecznym.....  
.....
4. Najbardziej charakterystyczne cechy osobowości i zachowań  
.....  
.....
5. Czy osoba ubiegająca się o skierowanie do mieszkań wspomaganych pozostawała lub pozostaje pod opieką psychiatryczną, jeśli tak, to z jakiego powodu?  
.....
6. Czy była z tego powodu hospitalizowana, jeśli tak, to jak długo?  
.....
7. Przebieg dotychczasowej terapii/rehabilitacji .....  
.....
8. Psycholog (ewentualnie lekarz) prowadzący (imię i nazwisko, adres, nr telefonu)  
.....
9. Uwagi uzupełniające i zalecenia psychologa  
.....  
.....

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Podpis psychologa)

## ANEKS

z dnia ..... do Kontraktu nr .....

Świadczenie WSPARCIE W MIESZKANIACH WSPOMAGANYCH / W DZIENNYM DOMU  
POMOCY SPOŁECZNEJ \* w okresie trwania trwałości projektu po zakończonym projekcie  
„Wsparcie organizacji usług społecznych” w ramach RPO WSL na lata 2014 – 2020

zawartego u dniu ..... pomiędzy:

**Miastem Racibórz - Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Raciborzu** (zwanym dalej  
Realizatorem), reprezentowanym

przez – .....,

a

**imię i nazwisko:** .....

zamieszkałym/ą:.....

PESEL:.....

### § 1

Niniejszym aneksem strony zmieniają w § ..... kontraktu, o którym mowa  
w preambule w ten sposób, że otrzymuje on brzmienie:

.....

### § 2

Aneks wchodzi w życie z dniem jego podpisania.

### § 3

Pozostałe postanowienia kontraktu nie ulegają zmianie.

### § 4

Niniejszy aneks został sporządzony w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla  
każdej ze stron.

.....  
Podpis osoby reprezentującej OPS

.....  
Podpis uczestnika/czki  
lub przedstawiciela ustawowego

\*niepotrzebne skreślić