

Data wpływu\*:

\*Wypełnia Biuro projektu

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE  
„DOM DZIENNEGO POBYTU - BURSZTYNOWY SENIOR”**

| DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Imię (imiona)                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                         | PESEL             |                                                                     |
| Nazwisko                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                         | Płeć              | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| ADRES ZAMIESZKANIA <sup>1</sup>                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                     |
| Ulica                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                     |
| Numer domu                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                         | Numer lokalu      |                                                                     |
| Miejscowość                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                         | Kod pocztowy      |                                                                     |
| Gmina                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                         | Powiat            |                                                                     |
| Województwo                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                     |
| Telefon stacjonarny                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                         | Telefon komórkowy |                                                                     |
| Adres e-mail                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                     |
| DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ (JEŚLI DOTYCZY)                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                     |
| Imię i nazwisko                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                     |
| Adres zamieszkania                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                     |
| Nr telefonu                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                     |
| Adres e-mail                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                     |
| OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDATKI DOTYCZĄCE KRYTERIÓW UDZIAŁU W PROJEKCIE                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                     |
| Oświadczam, że spełniam definicję osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu niepełnosprawności                                                                      | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                                                                                               |                   |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                             | W przypadku zaznaczenia TAK należy dołączyć do formularza orzeczenie o niepełnosprawności                                                                                                                                                                               |                   |                                                                     |
| Oświadczam, że spełniam definicję osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu stanu zdrowia                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                                                                                               |                   |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                             | W przypadku zaznaczenia TAK należy co do zasady dołączyć do formularza zaświadczenie lekarskie. W przypadku braku takiego zaświadczenia wymagane jest załączenie stosownego oświadczenia uczestnika z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń |                   |                                                                     |
| Oświadczam, że jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe spośród wskazanych poniżej przesłanek zagrożenia /wykluczenia społecznego): | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                                                                                               |                   |                                                                     |

<sup>1</sup> Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 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.

- ☐ 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
- ☐ 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. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.);
- ☐ osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020;
- ☐ 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, dla których ustalono III profil pomocy zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.);
- ☐ osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- ☐ osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- ☐ osoby odbywające kary pozbawienia wolności;
- ☐ osoby korzystające z PO PŻ.

#### OŚWIADCZENIA DODATKOWE O KANDYDACIE/KANDYDATCE\*

| Oświadczam, że:                                                                                                                                                                                                                                                                           | Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe                       | Dokument wymagany na potwierdzenie                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie)                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | oświadczenie Kandydata zawarte w formularzu - Beneficjent ma prawo zweryfikować tę kwestię w oparciu o dokumentację (np. PIT, zaśw. o dochodach z tytułu renty, emerytury, wywiad w MOPS) |
| doświadczam wielokrotnego wykluczenia społecznego <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | oświadczenia lub zaświadczenia, w przypadku osób z niepełnosprawnościami - orzeczenie o stopniu niepełnosprawności                                                                        |
| jestem osobą niepełnosprawną ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | orzeczenie o stopniu niepełnosprawności                                                                                                                                                   |
| jestem osobą niepełnosprawną z niepełnosprawnością sprzężoną lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną lub osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych) | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza                                                                                |
| korzystam z PO PŻ (indywidualnie lub jako rodzina), o ile zakres wsparcia w projekcie nie jest tożsamy z zakresem wsparcia w PO PŻ                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | oświadczenie lub inny dokument potwierdzający korzystanie z Programu                                                                                                                      |
| zamieszkuję na obszarach objętych programem rewitalizacji uwzględnionych w wykazie programów rewitalizacji prowadzonym przez IZ RPO zgodnie z Wytycznymi w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020                                                             | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | oświadczenie Kandydata zawarte w formularzu                                                                                                                                               |

\* Wypełnić jeśli dotyczy

<sup>2</sup> Odpowiedz TAK zaznaczyć należy tylko w przypadku wskazania więcej niż jednej z przesłanek wykluczania społecznego w tabeli na stronie 2

**OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Wojewódzki Związek Rolników, Kółek i Organizacji Rolniczych w Bydgoszczy w sytuacji zmiany jakichkolwiek ze wskazanych powyżej danych.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis kandydata/opiekuna prawnego

Oświadczam, iż miesięczny dochód na członka w mojej rodzinie zgodnie z ustawą o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r. w ciągu 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia dokumentów wynosi:

.....  
(należy podać kwotę na 1 członka rodziny)

Miejscowość i data

Podpis kandydata/opiekuna prawnego

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis kandydata/opiekuna prawnego

**Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 w następującym zakresie\***

.....

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis kandydata/opiekuna prawnego

## OŚWIADCZENIE ODNOŚNIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Wojewódzki Związek Rolników, Kółek i Organizacji Rolniczych w Bydgoszczy** w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji do Projektu oraz realizacji RPO WK-P 2014-2020 zgodnie z Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.05.2016 r.), zwanego dalej „RODO” oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000). Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami zawartymi w poniższej klauzuli informacyjnej RODO.

### **KLAUZULA INFORMACYJNA RODO:**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia UE o ochronie danych osobowych nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego jako „RODO”) informujemy, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Województwo Kujawsko-Pomorskie reprezentowane przez Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, mające siedzibę przy Placu Teatralnym 2, 87-100 Toruń (w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020) oraz minister właściwy ds. rozwoju regionalnego na mocy art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 z późn. zm.), mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa (w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych).
- 2) Z inspektorami ochrony danych można skontaktować się pod adresami poczty elektronicznej:
  - [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) – w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych;
  - [iod@kujawsko-pomorskie.pl](mailto:iod@kujawsko-pomorskie.pl) - w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020;
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „**Dzienny Dom Pobytu – Bursztynowy Senior**” nr **RPKP.09.03.02-04-0078/20** w szczególności w celu przeprowadzenia rekrutacji, potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych oraz archiwizacji w ramach RPO WK-P 2014-2020.

Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest obowiązek prawny administratora (art. 6 ust. 1 lit. c RODO), wynikający z:

- art. 125 oraz art. 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;
  - art. 9 ust. 1 pkt 2) oraz 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) Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych, przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej RPO WK-P, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Pani/Pana osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym kontrole i audyt w ramach RPO WK-P 2014-2020 na zlecenie ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej RPO WK-P, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta.
  - 5) Pani/Pana dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt – **Wojewódzki Związek Rolników, Kółek i Organizacji Rolniczych w Bydgoszczy, z siedzibą w Inowrocławiu przy ulicy Jacewskiej 164, 88-100 Inowrocław** oraz Partnerowi projektu: **Powiatowi Inowrocławskiemu, ul. Mątewska 17, 88-100 Inowrocław**.
  - 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014- 2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 dnia 17 grudnia 2013 r.) bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
  - 7) Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
  - 8) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
  - 9) Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO, ani przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis kandydata/opiekuna prawnego

Załącznik do formularza zgłoszeniowego

| <b>WYKAZ POJĘĆ</b>                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PO PŻ</b>                                                                                                                                                                                                                   | Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa 2014-2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Osoby korzystające z PO PŻ (zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ)</b> | <p>osoby, otrzymujące pomoc żywnościową w formie paczek lub posiłku, które z powodu niskich dochodów nie mogą zapewnić sobie/rodzinie odpowiednich produktów żywnościowych (posiłków) i dlatego też trafiać będzie do ograniczonej liczby osób znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji (określonej przesłankami z art. 7 ustawy o pomocy społecznej oraz poziomem dochodów odniesionych do procentowej wartości odpowiedniego kryterium dochodowego określonego w tej ustawie.</p> <p>Zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej i Art. 7. Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu m.in:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ubóstwa;</li> <li>2) bezdomności;</li> <li>3) niepełnosprawności;</li> <li>4) długotrwałej lub ciężkiej choroby;</li> </ol> |
| <b>Znaczny stopień niepełnosprawności</b>                                                                                                                                                                                      | Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Umiarkowany stopień niepełnosprawności</b>                                                                                                                                                                                  | Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Niepełnosprawność sprzężona</b>                                                                                                                                                                                             | O niepełnosprawności sprzężonej mowa jest wówczas, gdy jest ona złożona, podwójna lub wieloraka, bądź też towarzyszy jej dodatkowe kalectwo. Upośledzenie sprzężone występuje u osoby u której stwierdza się dwie lub więcej niepełnosprawności, powodowane jednym lub kilkoma czynnikami endo lub egzogennymi w różnych okresach życia, co dotyczy także okresu prenatalnego.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Osoba z zaburzeniami psychicznymi</b>                                                                                                                                                                                       | <p>Zgodnie z Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychiatryczne),</li> <li>b) upośledzonej umysłowo,</li> <li>c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Dochód na członka w rodzinie poniżej progu ustaw. - dochód nie przekracza 150% właściwego kryt. dochod. (na os. samotnie gospodarującą lub na os. w rodzinie) zg. z ust. o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r.</b>            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dochód nie przekracza 1051,50 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) – w przypadku osoby samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty 701,00 złotych (kryterium dochodowe osoby samotnie gospodarującej),</li> <li>2. Dochód nie przekracza 792 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) w przypadku osób w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 528,00 zł (kryterium dochodowe na osobę w rodzinie)</li> </ol> <p>– przy jednoczesnym wystąpieniu co najmniej jednego z powodów wymienionych w art. 7 pkt 2–15 oraz innych okoliczności uzasadniających udzielenie pomocy społecznej.</p>                                                                                                                                              |
| <b>Doświadczanie wielokrotnego wykluczenia</b>                                                                                                                                                                                 | To osoby doświadczające wykluczenia z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym</b></p> | <p>Zgodnie z Wytycznymi 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 są to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 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>b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;</li> <li>c) osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;</li> <li>d) 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);</li> <li>e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.);</li> <li>f) 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);</li> <li>g) 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;</li> <li>h) 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.);</li> <li>i) osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;</li> <li>j) 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;</li> <li>k) osoby odbywające kary pozbawienia wolności;</li> <li>l) osoby korzystające z PO PŻ.</li> </ul> |
| <p><b>Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu</b></p>          | <p>Osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Czynności dnia codziennego: kąpanie się, ubieranie się i rozbieranie, korzystanie z toalety, wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel, samodzielne jedzenie, kontrolowanie wydalania moczu i stolca.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |