



## Fundacja Elbląg - Fundusz Lokalny Regionu Elbląskiego

ul. Zw. Jaszczurczego 17, 82-300 Elbląg  
tel./fax 55 236 98 88, e-mail: biuro@fundacja.elblag.pl  
www.fundacja.elblag.pl

### Formularz zgłoszeniowy do Projektu

„Razem w codzienności – usługi asystenckie i opieka wytchnieniowa”

### USŁUGI OPIEKI WYTCHNIENIOWEJ

- I. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej (członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon:

.....

E-mail:

.....

Data urodzenia:

.....

- II. Dane dotyczące osoby z niepełnosprawnością, w związku z opieką nad którą, członek rodziny/opiekun ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej:

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....



Fundusze Europejskie  
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez  
Unię Europejską





## Fundacja Elbląg - Fundusz Lokalny Regionu Elbląskiego

ul. Zw. Jaszczurczego 17, 82-300 Elbląg  
tel./fax 55 236 98 88, e-mail: biuro@fundacja.elblag.pl  
www.fundacja.elblag.pl

Adres zamieszkania:

.....

Rodzaj niepełnosprawności:

1. dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa)
2. dysfunkcja narządu wzroku
3. zaburzenia psychiczne
4. dysfunkcje o podłożu neurologicznym
5. dysfunkcja narządu mowy i słuchu
6. pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne

### III. Informacja dotycząca indywidualnej sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością:

W jakich bieżących czynnościach życia codziennego dotyczących zabezpieczenia potrzeb osoby z niepełnosprawnością, w szczególności wymagane jest wsparcie:

1. czynności samoobsługowe (np. utrzymanie higieny osobistej) **Tak** /**Nie**
  2. przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania (np. spacer, udanie się do placówki zdrowia, sklepu, itp) **Tak** /**Nie**
  3. podejmowanie aktywności życiowej i komunikowanie się z otoczeniem **Tak** /**Nie**
  4. inne: .....
- .....

Informacje na temat poziomu samodzielności osoby z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje opiekę, w tym ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania



Fundusze Europejskie  
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



się lub poruszania się (wypełnia członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością, który ubiega się o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej):

.....

.....

.....

Informacje na temat sytuacji członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością w odniesieniu do sprawowania bezpośredniej opieki nad osobą z niepełnosprawnością:

1. czy osoba z niepełnosprawnością, nad którą członek rodziny/opiekun sprawuje bezpośrednią opiekę stale przebywa w domu i nie korzysta np. z ośrodka wsparcia, z placówki pobytu całodobowego, z warsztatu terapii zajęciowej, szkoły i placówki, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2025 r. poz. 881), nie uczy się lub nie studiuje? **Tak****/Nie**;
2. czy członek rodziny/opiekun osoby z niepełnosprawnością sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością jest nieaktywny zawodowo i ma ograniczone możliwości podejmowania aktywności zawodowej ze względu na konieczność opiekowania się osobą z niepełnosprawnością? **Tak****/Nie**.

Jeżeli **Tak**, proszę opisać powód, dla którego jest nieaktywny zawodowo:

.....

.....

.....

#### IV. Preferowana forma, wymiar i miejsce świadczenia usług opieki wytchnieniowej:

dzienna, miejsce wraz z adresem



Fundusze Europejskie  
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez  
Unię Europejską





## Fundacja Elbląg - Fundusz Lokalny Regionu Elbląskiego

ul. Zw. Jaszczurczego 17, 82-300 Elbląg  
tel./fax 55 236 98 88, e-mail: biuro@fundacja.elblag.pl  
www.fundacja.elblag.pl

.....\*

całodobowa, miejsce wraz z adresem

.....\*

w godzinach

.....

w dniach

.....

### Preferowana forma wsparcia psychologa / konsultanta rodziny:

wsparcie w siedzibie Realizatora projektu     telefoniczna     brak preferencji

Czy posiada Pani/Pan szczególne potrzeby związane z udziałem w projekcie, w szczególności wynikające z niepełnosprawności lub stanu zdrowia członka rodziny (np. potrzeba wsparcia tłumacza języka migowego, dostosowania miejsca lub formy spotkań)?

a)  NIE

b)  TAK (jeśli tak, prosimy o opisanie potrzeb poniżej):

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

### V. Wskazanie osoby, która będzie świadczyła usług opieki wytchnieniowej

Czy wskazuje Pan(i) osobę pełnoletnią niebędącą członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością, opiekunem osoby z niepełnosprawnością lub osobą faktycznie zamieszkującą razem z osobą z niepełnosprawnością, która będzie świadczyła w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością usług opieki wytchnieniowej?



Fundusze Europejskie  
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Tak  / Nie

Jeżeli **Tak**, proszę podać imię i nazwisko tej osoby oraz numer telefonu:

.....

### VI. Kryteria punktowe – opiekunowie osób z niepełnosprawnościami

Proszę zaznaczyć właściwe odpowiedzi:

1. Płeć kandydata

Kobieta – 2 pkt

Męczyzna – 0 pkt

2. Miejsce zamieszkania

Zamieszkuję na terenie Miasta Elbląg – *(kryterium zero–jedynkowe)*

Nie zamieszkuję na terenie Miasta Elbląg

3. Sytuacja społeczno-ekonomiczna

Oświadczam, że znajduję się w trudnej sytuacji społeczno-ekonomicznej – 1 pkt

*(oświadczenie kandydata)*

4. Korzystanie ze wsparcia instytucjonalnego

Korzystam ze wsparcia MOPS/ECUS – 1 pkt

*(wymagane zaświadczenie z MOPS/ECUS)*

5. Status osoby z niepełnosprawnością

Posiadam aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – 1 pkt

*(aktualne orzeczenie o niepełnosprawności)*

### VI. Oświadczenia:

1. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 § 1 oraz art. 297 Kodeksu karnego i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.



Fundusze Europejskie  
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez  
Unię Europejską





## Fundacja Elbląg - Fundusz Lokalny Regionu Elbląskiego

ul. Zw. Jaszczurczego 17, 82-300 Elbląg  
tel./fax 55 236 98 88, e-mail: biuro@fundacja.elblag.pl  
www.fundacja.elblag.pl

2. Nie otrzymuje jednocześnie wsparcia w innym projekcie dofinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
3. Dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym, w tym wszystkie oświadczenia są zgodne z prawdą.
4. Zapoznałem/am się z zasadami uczestnictwa w projekcie „Razem w codzienności – usługi asystenckie i opieka wytchnieniowa”.
5. Deklaruję swój udział w projekcie „Razem w codzienności – usługi asystenckie i opieka wytchnieniowa”, w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.
6. Jestem osobą spełniającą kryteria uczestnictwa w projekcie.
7. Deklaruję uczestnictwo w określonych dla mnie formach wsparcia.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2015r. poz. 2135).
9. Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „Razem w codzienności – usługi asystenckie i opieka wytchnieniowa” ze środków Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027.
10. Zostałem/am poinformowany/a na etapie składania dokumentów rekrutacyjnych do powyższego projektu o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji społecznej).

Miejscowość ....., data .....

.....  
*Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością*

Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług opieki wytchnieniowej.

.....  
*Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie*



Fundusze Europejskie  
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez  
Unię Europejską





## Fundacja Elbląg - Fundusz Lokalny Regionu Elbląskiego

ul. Zw. Jaszczurczego 17, 82-300 Elbląg  
tel./fax 55 236 98 88, e-mail: [biuro@fundacja.elblag.pl](mailto:biuro@fundacja.elblag.pl)  
[www.fundacja.elblag.pl](http://www.fundacja.elblag.pl)

11. \*Do Formularza zgłoszeniowego do Projektu „Razem w codzienności – usługi asystenckie i opieka wytchnieniowa”. należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych lub w przypadku dzieci od ukończenia 2. roku życia do ukończenia 16. roku życia posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami określonymi w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.



Fundusze Europejskie  
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez  
Unię Europejską

