

**ANKIETA REKRUTACYJNA do projektu
„Nabierz Sił z Cogito” współfinansowanego ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych**

Część I. Dane podstawowe i kontaktowe Kandydata

1.	Imię			
2.	Nazwisko			
3.	Numer PESEL			
4.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	<input type="checkbox"/> Inna
5.	Województwo			
6.	Powiat			
7.	Gmina			
8.	Miejscowość			
9.	Ulica			
10.	Numer budynku			
11.	Numer lokalu			
12.	Kod pocztowy			
13.	Poczta			
14.	Telefon kontaktowy			
15.	Adres e-mail			

Część II. Określenie statusu Kandydata Projektu „Nabierz sił z Cogito”

<i>Status osoby niesamodzielnej ze względu na stan zdrowia potwierdzony na podstawie przedstawionego dokumentu:</i>		
<input type="checkbox"/> <i>orzeczenie o niepełnosprawności dla osób do 16 r.ż.:</i>		
<input type="checkbox"/> <i>orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu:</i>		
<input type="checkbox"/> <i>znacznym</i>	<input type="checkbox"/> <i>umiarkowanym</i>	<input type="checkbox"/> <i>lekkim</i>
<input type="checkbox"/> <i>orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o:</i>		

<input type="checkbox"/> całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji		<input type="checkbox"/> całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji	
<input type="checkbox"/> całkowitej niezdolności do pracy		<input type="checkbox"/> częściowej niezdolności do pracy	
<input type="checkbox"/> orzeczenie Komisji ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia o zaliczeniu do:*			
<input type="checkbox"/> I grupy inwalidzkiej		<input type="checkbox"/> II grupy inwalidzkiej	<input type="checkbox"/> III grupy inwalidzkiej
<input type="checkbox"/> orzeczenie Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego:*			
<input type="checkbox"/> o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny		<input type="checkbox"/> o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym nie przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
<input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> osoba z dysfunkcją narządu ruchu wymagająca pomocy w poruszaniu się i czynnościach samoobsługowych		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> osoba niewidoma wymagająca pomocy w poruszaniu się		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> osoba niedowidząca wymagająca pomocy w poruszaniu się		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

* dotyczy orzeczeń wydanych przed dniem wejścia w życie Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, które nadal zachowują swoją ważność (orzeczenia wydane na stałe)

III. Oświadczenie Kandydata

Ja niżej podpisany/a jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego stanowiącego, że kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 oświadczam, że:

1) zamieszkuję na terenach dotkniętych we wrześniu 2024 r. powodzią i:

- a) mój dom (rozumiany jako miejsca zamieszkania) ucierpiał w wyniku powodzi i aktualnie nie mam gdzie mieszkać,

- b) mój dom (rozumiany jako miejsca zamieszkania) ucierpiał w wyniku powodzi i wymaga remontu,
 - c) mój dom (rozumiany jako miejsca zamieszkania) ucierpiał w wyniku powodzi i wymaga remontu z powodu szkodliwych warunków bytowych (wilgoć, zimno, brak ciepłej wody, inne utrudnienia bytowe),
 - d) mój dom bezpośrednio nie ucierpiał, ale doświadczam negatywnych skutków powodzi (trudny dostęp do dóbr i usług niezbędnych w codziennym życiu, brak lub niewystarczająca opieka członków rodziny z powodu usuwania skutków powodzi)*;
- 2) podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą;
- 3) wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych, w tym wrażliwych, na potrzeby rekrutacji oraz realizacji projektu.
- 4) przyjmuję do wiadomości, że:
- a) dane te zbierane są w związku z moim uczestnictwem w projekcie „**Nabierz sił z Cogito**” realizowanym na podstawie umowy z PFRON i są przetwarzane zgodnie z zasadami zawartymi w/w Rozporządzeniu 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) a ich administratorem jest Stowarzyszenie Rodzin Zdrowie Psychiczne prowadzące U Pana Cogito Pensjonat i Restauracja ul. Bałuckiego 6, 30-318 Kraków;
 - b) dane te mogą być przekazane wyłącznie Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz instytucjom, które przepisy prawne upoważniają do wystąpienia o te dane,
 - c) powyższa zgoda może zostać przeze mnie cofnięta w dowolnym momencie.

miejsce i data czytelny podpis Kandydata

.....

Część IV. Określenie kryteriów premiujących Kandydata (wypełnia personel projektu) Projekt „Nabierz Sił z Cogito ”

<i>Nazwa kryterium punktującego</i>	<i>TAK</i>	<i>NIE</i>
osoba o znacznym stopniu niepełnosprawności – 1 pkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osoba z niepełnosprawnością 02-P – 1 pkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

miejsce i data czytelny podpis pracownika

.....

**zaznaczyć właściwą odpowiedź*

**za osobę niepełnoletnią bądź nie posiadającą pełnej zdolności do czynności prawnych ankietę uzupełnia opiekun prawny*

ANKIETA DLA OPIEKUNA KANDYDATA
do projektu „Nabierz Sił z Cogito” współfinansowanego ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych

Część I. Informacje ogólne dotyczące opiekuna osoby niepełnosprawnej

1.	Imię			
2.	Nazwisko			
3.	Numer PESEL			
4.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	<input type="checkbox"/> Inna
5.	Województwo			
6.	Powiat			
7.	Gmina			
8.	Miejscowość			
9.	Ulica			
10.	Numer budynku			
11.	Numer lokalu			
12.	Kod pocztowy			
13.	Poczta			
14.	Telefon kontaktowy			
15.	Adres e-mail			
16.	Osoba czynna zawodowo	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	

Część II. Informacje dotyczące opieki nad osobą niepełnosprawną

- Proszę podać jaki stopień niepełnosprawności posiada osoba nad którą Pan/Pani sprawuje opiekę:
 - znaczny stopień niepełnosprawności / I grupa inwalidzka/całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji / całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji / orzeczenie o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wraz z prawem do zasiłku pielęgnacyjny *
 - umiarkowany stopień niepełnosprawności /II grupa inwalidzka / całkowita niezdolność do pracy*
 - lekki stopień niepełnosprawności/III grupa inwalidzka / częściowa niezdolność do pracy / orzeczenie o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym bez prawa do zasiłku pielęgnacyjnego*
 - orzeczenie o niepełnosprawności - dotyczy osób przed 16 roku życia

2. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona? (*występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności np. niepełnosprawność fizyczna i umysłowa, co najmniej dwa symbole niepełnosprawności na orzeczeniu PZO*)
- tak
- nie
- jaka?
3. Jaki jest wiek osoby, którą się Pan/Pani opiekuje?
.....
4. Proszę określić stopień pokrewieństwa do osoby niepełnosprawnej lub podstawę prawną sprawowania opieki:
- mąż/żona
- syn/córka
- dalsza rodzina
- osoba obca
- inny, jaki?.....
5. Czy ktoś pomaga Pani/Panu w opiece?

Jeśli dzieli się Pan/Pani opieką z kimś to proszę wpisać w rubryce inne z kim (bez szczegółowego precyzowania).

- samodzielnie zajmuję się osobą niesamodzielną,
- inne:.....

6. Z jakimi trudnościami w opiece nad osobą niepełnosprawną spotyka się Pan/Pani najczęściej? *Możliwość wskazania więcej niż jednej odpowiedzi.*

A. *Trudności związane z opieką nad osobą niepełnosprawną:*

- zmęczenie psychiczne,
- brak cierpliwości,
- zmęczenie fizyczne,
- bezradność w obliczu choroby, dolegliwości,
- trudne zachowania u osoby niepełnosprawnej,
- nadpobudliwość psychoruchowa,
- bariery komunikacyjne z podopiecznym,
- inne, jakie?

B. *Trudności w opiece nad osobą niepełnosprawną – czynniki zewnętrzne:*

- bariery architektoniczne,
- brak samochodu,
- trudności finansowe,
- słaby dostęp do opieki zdrowotnej refundowanej z NFZ,
- brak informacji o dostępnych formach pomocy,
- brak osoby, która mogłaby czasowo przejąć opiekę nad osobą niepełnosprawną,

- brak światlic, miejsc gdzie można na parę godzin zostawić osobę niepełnosprawną,
- brak stowarzyszeń w najbliższej okolicy zajmujących się problemem osób niepełnosprawnych ,
- brak akceptacji ze strony otoczenia,
- złe traktowanie osoby niepełnosprawnej w najbliższym otoczeniu i sąsiedztwie,
- inne, jakie?

7. W jakim zakresie osoba niepełnosprawna potrzebuje pomocy opiekuna?

- osoba niepełnoletnia
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- osoba z dysfunkcją narządu ruchu wymagająca pomocy w poruszaniu się i czynnościach samoobsługowych
- osoba niewidoma wymagająca pomocy w poruszaniu się
- osoba niedowidząca wymagająca pomocy w poruszaniu się
- osoba chorująca psychicznie wymagająca opieki
- osoba ubezwłasnowolniona częściowo / całkowicie*

III. Oświadczenie Opiekuna

Ja niżej podpisany/a jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego stanowiącego, że kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 oświadczam, że:

- 1) jestem opiekunem prawnym / faktycznym osoby niepełnosprawnej
.....
- 2) wraz z osobą niepełnosprawną zamieszkuję na terenach dotkniętych we wrześniu 2024 r. powodzią i:
 - a) nasz dom (rozumiany jako miejsca zamieszkania) ucierpiał w wyniku powodzi i aktualnie nie mamy gdzie mieszkać / dom osoby niepełnosprawnej nad którą sprawuję opiekę (rozumiany jako miejsca zamieszkania) ucierpiał w wyniku powodzi i aktualnie nie ma ona gdzie mieszkać*,
 - b) nasz dom (rozumiany jako miejsca zamieszkania) ucierpiał w wyniku powodzi i wymaga remontu / dom osoby niepełnosprawnej nad którą sprawuję opiekę (rozumiany jako miejsca zamieszkania) ucierpiał w wyniku powodzi i wymaga remontu*,

- c) nasz dom (rozumiany jako miejsca zamieszkania) ucierpiał w wyniku powodzi i wymaga remontu z powodu szkodliwych warunków bytowych (wilgoć, zimno, brak ciepłej wody, inne utrudnienia bytowe) / dom osoby niepełnosprawnej nad którą sprawuję opiekę (rozumiany jako miejsca zamieszkania) ucierpiał w wyniku powodzi i wymaga remontu z powodu szkodliwych warunków bytowych (wilgoć, zimno, brak ciepłej wody, inne utrudnienia bytowe)*,
- d) nasz dom bezpośrednio nie ucierpiał, ale doświadczamy negatywnych skutków powodzi (trudny dostęp do dóbr i usług niezbędnych w codziennym życiu, brak lub niewystarczająca opieka członków rodziny z powodu usuwania skutków powodzi) / dom osoby niepełnosprawnej nad którą sprawuję opiekę bezpośrednio nie ucierpiał, ale doświadczamy negatywnych skutków powodzi (trudny dostęp do dóbr i usług niezbędnych w codziennym życiu, brak lub niewystarczająca opieka członków rodziny z powodu usuwania skutków powodzi)*;
- 3) podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą;
- 4) wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych, w tym wrażliwych, na potrzeby rekrutacji oraz realizacji projektu.
- 5) przyjmuję do wiadomości, że:
- d) dane te zbierane są w związku z moim uczestnictwem w projekcie „**Nabierz sił z Cogito**” realizowanym na podstawie umowy z PFRON i są przetwarzane zgodnie z zasadami zawartymi w/w Rozporządzeniu 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) a ich administratorem jest Stowarzyszenie Rodzin Zdrowie Psychiczne prowadzące U Pana Cogito Pensjonat i Restauracja ul. Bałuckiego 6, 30-318 Kraków ;
- e) dane te mogą być przekazane wyłącznie Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz instytucjom, które przepisy prawne upoważniają do wystąpienia o te dane,
- f) powyższa zgoda może zostać przeze mnie cofnięta w dowolnym momencie.

miejsce i data czytelny podpis Opiekuna

.....