



Deklaracja uczestnictwa w Projekcie

Ja niżej podpisany/-a dobrowolnie deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie pn. **„Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne – IV edycja”** Projekt realizowany jest w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027, Oś priorytetowa VII – Fundusze Europejskie wspierające usługi społeczne i zdrowotne w opolskim, Działanie 07.01 – Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa.

1. Imiona i nazwisko:.....
2. Płeć: a) Kobieta¹ ☐ b) Mężczyzna ☐
3. Miejsce zamieszkania a) Miasto ☐ b) Wieś ☐
4. Data urodzenia:.....
5. PESEL:.....
6. Adres zamieszkania²:

¹ Prawidłową odpowiedź zaznacz krzyżykiem.

² Potwierdzone dokumentem (jedna z możliwości do wyboru):

- informacja o zameldowaniu na pobyt stały lub czasowy wydana przez odpowiedni urząd lub pobrana elektronicznie poprzez profil zaufany na stronie: www.gov.pl
- zaświadczenie z rejestru PESEL zawierające adres zameldowania,
- dokumenty związane z dysponowaniem lokalem w danej lokalizacji typu: umowy notarialne, umowy najmu (np. kopie stron z adresem),
- oświadczenie właściciela lub najemcy lokalu, który potwierdzi stały pobyt oraz dokument potwierdzający, że osoba podpisująca to oświadczenie jest jego właścicielem lub najemcą,
- umowa o pracę lub zaświadczenie o zatrudnieniu lub zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy,
- dokumenty dotyczące eksploatacji nieruchomości: zawarta umowa na media lub faktury imienne/rachunki imienne za media (np. prąd, gaz, woda, telefon, internet, telewizja kablowa itp.) zawierające adres zamieszkania (wskazujące adresata),
- ubezpieczenie z tytułu wykonywanej pracy,
- potwierdzenie posiadania rachunku bankowego zawierającego adres na terenie województwa opolskiego,
- wygenerowany elektronicznie i wydrukowany oryginalny wyciąg z banku lub potwierdzenie dokonania transakcji płatniczej zawierające adres zamieszkania na terenie woj. opolskiego,
- kserokopia legitymacji szkolnej lub studenckiej (zanonimizowane zdjęcie),
- rodzinny wywiad środowiskowy przeprowadzony przez pracownika socjalnego,
- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia np. orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS i inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.), inny niż orzeczenie o niepełnosprawności, dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia, orzeczenie o



- a) województwo:
b) powiat:.....
c) gmina:.....
d) miejscowość:.....
e) ulica:.....
f) numer budynku/lokalu:.....
g) kod pocztowy:.....

7. Numer telefonu kontaktowego:.....

8. Adres e-mail:.....

9. Osoba z niepełnosprawnościami: Tak ☐ Nie ☐

10. Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności³: Tak ☐ Nie ☐

11. W związku z przystąpieniem do projektu oświadczam, że spełniam kryteria przynależności do grupy docelowej.

potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności lub orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim,

- kopie korespondencji przychodzącej pod wskazany adres do uczestnika (np. korespondencja z urzędów, banków),
- zaświadczenie wydane przez placówkę oświatową o statusie ucznia/uczennicy,
- formularz zgłoszeniowy oraz inne dokumenty podpisane przez upoważnioną osobę reprezentującą instytucje publiczne,
- dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności gospodarczej na terenie woj. opolskiego, np. wyciąg z CEIDG,
- inne niż wyżej wskazane dokumenty uzgodnione z IZ FEO 2021-2027.

³ Potwierdzone dokumentem (jedna z możliwości do wyboru):

- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia np. orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS i inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.),
- inny niż orzeczenie o niepełnosprawności, dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia,
- orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności lub orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim,
- dokument potwierdzający niepełnosprawność sprzężoną,
- dokument potwierdzający korzystanie z programu FE PŻ,
- skierowanie/zaświadczenie wydane przez Ośrodek Pomocy Społecznej kwalifikujące osoby i rodziny do programu FE PŻ,
- dokument potwierdzający korzystanie z programu FE PŻ,
- dokumentacja źródłowa potwierdzająca realizację projektu znajdującej się w posiadaniu beneficjenta i partnerów.



Spełniam kryteria obligatoryjne tj.:

- Zamieszkuję (w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego) i/lub pracuję i/lub uczę się na terenie województwa opolskiego – co zostanie potwierdzone dokumentem;
- należę do co najmniej jednej z poniższych grup (proszę zaznaczyć właściwe):
 - ☐ jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (w tym z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności).
 - ☐ jestem osobą starszą (powyżej 60 roku życia).
 - ☐ jestem opiekunem/opiekunką osoby niesamodzielnej.
 - ☐ jestem osobą z otoczenia osoby potrzebującej wsparcia.
 - ☐ jestem osobą stanowiącą kadrę realizującą usługi społeczne, w tym usługi opieki długoterminowej.

Spełniam kryteria premiujące – fakultatywne:

Należy wstawić „X” w rubrykach, które dotyczą osób będących odbiorcami wsparcia (kryteria premiujące nie dotyczą kadry realizującej usługi społeczne).

- ☐ jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym⁴;
- ☐ jestem osobą ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności;
- ☐ jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną⁵;
- ☐ jestem osobą korzystającą z programu FEPŻ 2021-2027⁶;
- ☐ jestem osobą mieszkającą samotnie;
- ☐ jestem osobą mieszkającą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego i/lub pracującą i/lub uczącą się na obszarze wiejskim - potwierdzenie zgodnie z przypisem nr 2;
- ☐ jestem osobą mieszkającą i/lub pracującą i/lub uczącą się na Obszarze Strategicznej Interwencji (OSI), tj. na obszarze miast średnich tracących funkcje

⁴ Zgodnie z Regionalnym Planem Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji dla Województwa Opolskiego na lata 2026-2028.

⁵ Potwierdzone dokumentem potwierdzającym niepełnosprawność sprzężoną.

⁶ Potwierdzone dokumentem potwierdzającym korzystanie z programu FE PŻ 2021-2027.



społeczno-gospodarcze (Brzeg, Kędzierzyn Koźle, Kluczbork, Krapkowice, Namysłów, Nysa, Prudnik, Strzelce Opolskie) i/lub obszarów zagrożonych trwałą marginalizacją (Baborów, Branice, Cisek, Domaszowice, Gorzów Śląski, Kamiennik, Murów, Otmuchów, Paczków, Pakosławice, Pawłowiczki, Radłów, Świerczów, Wilków, Wołczyn) - potwierdzenie zgodnie z przypisem nr 2.

12. ☐ jestem osobą zagrożoną wykluczeniem komunikacyjnym (tj. mam ograniczony dostęp do transportu publicznego lub mam utrudnioną możliwość samodzielnego dojazdu do usług społecznych).

13. W związku z przystąpieniem do projektu oświadczam, że na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy z 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 24) wyrażam zgodę na rejestrowanie mojego wizerunku podczas wsparcia otrzymanego w ramach projektu pn. „Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne – IV edycja” oraz wykorzystanie tego wizerunku poprzez umieszczanie zdjęć na stronach internetowych, a także na profilach społecznościowych oraz w materiałach promocyjno - informacyjnych w celach informacji i promocji.

Ja niżej podpisany/-a zgłaszam następujące specjalne potrzeby odnośnie świadczonej usługi.....

.....

.....

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Regulamin rekrutacji/ uczestnictwa/ rekrutacji i uczestnictwa uczestników projektu i akceptuję jego warunki.

Ja niżej podpisany/-a pouczony/-na o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Data i miejsce.....

Czytelny podpis.....