

## Regulamin uczestnictwa w projekcie

Regulamin określa warunki uczestnictwa w projekcie „Usługi społeczne dla mieszkańców Poznania” współfinansowanym przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020.

Oś Priorytetowa 7. *Włączenie społeczne,*

Działanie 7.2. *Usługi społeczne i zdrowotne,*

Poddziałanie 7.2.1. *Usługi społeczne – projekty pozakonkursowe realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne.*

### §1

1. Projekt jest realizowany na podstawie umowy zawartej pomiędzy Miastem Poznań/Miejskim Ośrodkiem Pomocy Rodzinie w Poznaniu, a Zarządem Województwa Wielkopolskiego, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań działającym jako Instytucja Zarządzająca Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020.
2. Celem głównym projektu jest ułatwianie dostępu 1135 mieszkańcom niesamodzielnym i z niepełnosprawnością do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym i w lokalnej społeczności oraz 302 opiekunom faktycznym osób niesamodzielnym i z niepełnosprawnością do wsparcia w zakresie świadczonej opieki w Poznaniu w latach 2017-2018.
3. Udział w projekcie jest bezpłatny z wyjątkiem usług opiekuńczych, których odpłatność nalicza się zgodnie z uchwałą Rady Miasta Poznania w sprawie określenia szczegółowych warunków przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz zasad częściowego lub całkowitego zwolnienia z opłat, jak również tryb ich pobierania.
4. Biuro projektu znajduje się w Poznaniu przy ul. Cześnikowskiej 18.
5. Projekt realizowany jest w partnerstwie.

Partner wiodący:

- Miasto Poznań/Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Poznaniu z siedzibą w Poznaniu 60-330, ul. Cześnikowska 18

Partnerzy:

- Polski Komitet Pomocy Społecznej z siedzibą w Warszawie 00-490, ul. Wiejska 18/20
- Fundacja Aktywizacja z siedzibą w Warszawie 02-004, ul. Tytusa Chałubińskiego 9/9A
- Fundacja L'Arche z siedzibą w Poznaniu 61-614, ul. Polańska 13A
- Stowarzyszenie Medycyna Polska z siedzibą w Tarnowie 33-100, Plac Sobieskiego 2
- Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy „Flandria” z siedzibą w Inowrocławiu 88-100, ul. Andrzeja 8

6. Dane teleadresowe Partnerów znajdują się w załączniku nr 1.

### §1

Zakres wsparcia merytorycznego oferowanego w projekcie obejmuje:

1. Przedmiotem projektu jest prowadzenie kompleksowych i zindywidualizowanych usług społecznych skierowanych do 1135 osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym, w tym niesamodzielnym i z niepełnosprawnością, oraz do 302 opiekunów faktycznych osób niesamodzielnym i z niepełnosprawnością, zamieszkałych w Poznaniu, w tym poprzez:
  - 1) Obszar 1 - Centrum Opieki Środowiskowej w tym:

- a) usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, którym towarzyszy budowanie sieci wsparcia społecznego. Ponadto usługi te mogą być uzupełnione o specjalistyczne usługi pielęgniarstwa, rehabilitacyjne i psychologiczne, wypożyczalnię sprzętu rehabilitacyjnego, opiekę wytchnieniową;
- b) szkolenia dla opiekunów faktycznych w miejscu sprawowania opieki nad osobą zależną w zakresie metod przemieszczania chorych oraz prawidłowej pielęgnacji.

Partner odpowiedzialny: Polski Komitet Pomocy Społecznej.

- 2) Obszar 2 – wsparcie opiekunów faktycznych w opiece nad osobą z niepełnosprawnością, w tym:

- a) usługi asystenckie w postaci Trenerów Aktywności, które mogą być uzupełnione przez specjalistyczne wsparcie prawne i psychologiczne dla osób z niepełnosprawnością i ich opiekunów faktycznych; miejsce w Centrum Usamodzielniania - czasowy pobyt dzienny w mieszkaniu wspomaganym w formie mieszkania treningowego, Wyjazdowy Warsztat Aktywizacji Społecznej.
- b) szkolenia dla opiekunów faktycznych, w tym: kurs podstawowej pierwszej pomocy przedmedycznej, kurs masażu, pakiet szkoleń: moduł 1. – Trener interpersonalny, moduł 2. – Następstwa funkcjonalne niepełnosprawności oraz savoir-vivre w kontaktach z osobami z niepełnosprawnością, moduł 3. – Prawne i instytucjonalne wsparcie osób z niepełnosprawnością, moduł 4. – Wdrożenie do zagadnień Modelu Trenera Aktywności oraz etycznych aspektów pracy z osobą niesamodzielną, zapoznanie z narzędziami pracy asystentów osób z niepełnosprawnością;

Partner odpowiedzialny: Fundacja Aktywizacja.

- 3) Obszar 3 – Usługi asystenckie dla dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną i wsparcie specjalistyczne dla opiekunów faktycznych osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Partner odpowiedzialny: Fundacja L'Arche.

- 4) Obszar 4 – Zintegrowane Centrum Opieki to kompleksowe wsparcie dla niesamodzielnych szczególnie ze względu na wiek i/lub z niepełnosprawnością. Projekt zakłada zintegrowanie nowoczesnych rozwiązań IT tworzących system teleopieki oraz telemedycyny w ramach Centrum Teleopieki i Centrum Usług Domowych obejmujących wsparcie asystenta dla osób niesamodzielnych szczególnie ze względu na wiek i/lub z niepełnosprawnością, które może być uzupełnione o wsparcie poprzez:

- wolontariuszy i pomoc sąsiedzka,
- opiekę pielęgniarstwa, rehabilitacyjną, psychologiczną, medyczną,
- Rzecznika Praw Osób Starszych i/lub z Niepełnosprawnością,
- platformę telemedyczną do telemonitoringu (pakiet pilotażowy dla 24 uczestników projektu) - system komunikujący się urządzeniami pomiarowymi w domu pacjenta i przekazujący informacje bezpośrednio do centrum teleopieki. Składowe zestawu do telemonitoringu:
  - centrum komunikacyjne,
  - ciśnieniomierz,
  - holter mobilny,
  - glukometr.

- Partnerzy odpowiedzialni: Stowarzyszenie Medycyna Polska i Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy „Flandria”.

## §2

### Kryteria uczestnictwa:

1. Uczestnikiem projektu może być osoba zamieszkująca na terenie Poznania, która w dniu podpisania *Deklaracji uczestnictwa w projekcie* zgłasza dobrowolnie chęć udziału w nim oraz jest osobą zagrożoną ubóstwem i wykluczeniem społecznym w tym: osobą niesamodzielną i/lub osobą z niepełnosprawnością; lub jest opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej i/lub osoby z niepełnosprawnością zgodnie z definicją zawartą w *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*.
2. Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie z definicją zawartą w *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* to:
  - 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 tj.:
    - 1) ubóstwo;
    - 2) sieroctwo;
    - 3) bezdomność;
    - 4) bezrobocie;
    - 5) niepełnosprawność;
    - 6) długotrwała lub ciężka choroba;
    - 7) przemoc w rodzinie;
    - 7a) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;
    - 8) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
    - 9) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
    - 10) (uchylony)
    - 11) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;
    - 12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
    - 13) alkoholizm lub narkomania;
    - 14) zdarzenia losowe i sytuacja kryzysowa;
    - 15) klęski żywiołowe lub ekologiczne.
  - b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
  - c) 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;
  - 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, z późn. zm.);
  - e) 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.);

- f) 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 tj. 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 (t.j. Dz.U. z 2016, poz.546 z późn. zm.);
- 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;
- h) 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.);
- i) osoby niesamodzielne tj. osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego;
- j) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- k) osoby odbywające kary pozbawienia wolności;
- l) osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa;  
lub jest opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej i/lub osoby z niepełnosprawnością tj. osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny.
3. Obszary wsparcia wymienione w §1 pkt. 1 kierowane są szczególnie do osób spełniających następujące kryteria uczestnictwa:
- Obszar 1 – Centrum Opieki Środowiskowej:
    - osoby niesamodzielne,
    - opiekunowie faktyczni osób niesamodzielnych.
  - Obszar 2 – wsparcie opiekunów faktycznych w opiece nad osobą z niepełnosprawnością:
    - osoby z niepełnosprawnością,
    - opiekunowie faktyczni osób z niepełnosprawnością.
  - Obszar 3 – usługi asystenckie dla dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną i wsparcie specjalistyczne dla opiekunów faktycznych osób z niepełnosprawnością intelektualną:
    - osoby z niepełnosprawnością intelektualną,
    - opiekunowie faktyczni osób z niepełnosprawnością intelektualną.
  - Obszar 4 – Zintegrowane Centrum Opieki oparte na systemie teleopieki:
    - osoby niesamodzielne szczególnie ze względu na wiek,
    - osoby z niepełnosprawnością.
4. Uczestnik projektu będzie mógł skorzystać tylko z jednego wybranego obszaru wsparcia w projekcie.

### §3

Zasady naboru:

- Zgłoszenie kandydatów są przyjmowane osobiście lub telefonicznie w:
  - biurze projektu,
  - siedzibie Filii Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie właściwej ze względu na miejsce zamieszkiwania kandydata,
  - siedzibach Partnerów odpowiedzialnych za poszczególne obszary.

2. Kandydat do uczestnictwa po zapoznaniu się z niniejszym regulaminem przedkłada następujące dokumenty (do pobrania w lokalizacjach wskazanych w pkt. 1 lub do pobrania na stronach internetowych Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie pod adresem [www.mopr.poznan.pl](http://www.mopr.poznan.pl)):
  - a. karta zgłoszenia do projektu,
  - b. zgoda na przetwarzanie danych osobowych,
  - c. formularz rekrutacyjny,
  - d. deklaracja uczestnictwa w projekcie,
  - e. orzeczenie o niepełnosprawności (jeżeli dotyczy).w uzasadnionych przypadkach, na wniosek osoby przyjmującej zgłoszenie, kandydat przedkłada również:
  - f. dowód osobisty – do wglądu w celu potwierdzenia podstawowych danych osobowych,
  - g. inne zaświadczenia lub oświadczenia z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
3. O zakwalifikowaniu kandydata do udziału w projekcie decyduje spełnienie wymaganych kryteriów uczestnictwa określonych w §2 i §3.
4. Kwalifikacja uczestników jest prowadzona zgodnie z Planem rekrutacji stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu. O kolejności przyjęcia do projektu decyduje kolejność zgłoszeń, przy czym pierwszeństwo mają osoby spełniające następujące kryteria:
  - a. Preferowane do wsparcia są osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3, pkt. 13 *Wytucznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa*, i/lub w przypadku możliwości objęcia wsparciem osób z niepełnosprawnościami, preferowane jest wsparcie adresowane do osób o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz do osób z zaburzeniami psychicznymi.
  - b. W przypadku realizacji usług opiekuńczych i asystenckich pierwszeństwo ponad wyżej wymienionymi przesłankami mają osoby z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a także osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.
  - c. Po wyżej wymienionych przesłankach pierwszeństwo mają także osoby, które w okresie 3 miesięcy od zgłoszenia chęci udziału w projekcie wyszły ze szpitala i niezwłocznie potrzebują pomocy w formie usług opiekuńczych i specjalistycznych.
5. Kandydaci do uczestnictwa będący opiekunami faktycznymi są kierowani bezpośrednio do odpowiedniego partnera świadczącego w projekcie wsparcie dla opiekunów faktycznych. Partnerzy kwalifikują kandydatów do udziału w projekcie.
6. Kwalifikacja uczestników będących osobami niesamodzielnymi i/lub osobami z niepełnosprawnością jest prowadzona dwuetapowo:
  - a. Wstępne rozpoznanie potrzeb kandydata do udziału w projekcie przeprowadza pracownik socjalny Filii Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie właściwej ze względu na miejsce zamieszkiwania kandydata, który jest pracownikiem pierwszego kontaktu. Pracownik socjalny weryfikuje kandydata pod względem spełnienia kryterium uczestnictwa, przeprowadza wywiad środowiskowy, pomaga kandydatowi w wyborze dopasowanego obszaru wsparcia w projekcie zgodnie z zasadą podmiotowości i pomocniczości.
  - b. Pogłębioną diagnozę potrzeb kandydata do udziału w projekcie przeprowadza pracownik odpowiedniego Partnera realizującego wybrany obszar wsparcia.
7. Informacja na temat zakwalifikowania uczestnika do projektu wraz z informacją na temat miejsca i terminu rozpoczęcia realizacji działań jest przekazywana kandydatowi przez Partnera

odpowiedzialnego za realizację wybranego obszaru wsparcia z wykorzystaniem danych teleadresowych przekazanych przez kandydata w formularzu rekrutacyjnym.

8. Liczba miejsc we wszystkich obszarach wsparcia jest ograniczona.

#### §4

Rozpoczęcie uczestnictwa:

1. Za dzień rozpoczęcia udziału w projekcie przyjmuje się datę przystąpienia do pierwszej formy wsparcia w ramach projektu.
2. W związku z udziałem w projekcie uczestnik będący osobą niesamodzielną i/lub osobą z niepełnosprawnością (z pominięciem uczestników projektu będących opiekunami faktycznymi osób niesamodzielnych i/lub z niepełnosprawnością) wraz z upoważnionym pracownikiem Partnera odpowiedzialnym za realizację wybranego obszaru wsparcia podpisuje opracowaną Indywidualną Ścieżkę Udziału w Projekcie:
  - a. w przypadku uczestnika realizującego działania w ramach 1 obszaru wsparcia - Centrum Opieki Środowiskowej – podpisuje opracowany Indywidualny Plan Pomocy;
  - b. w przypadku uczestnika realizującego działania w ramach 2 obszaru wsparcia - wsparcie opiekunów faktycznych w opiece nad osobą z niepełnosprawnością – podpisuje opracowany Indywidualny Plan Rozwoju;
  - c. w przypadku uczestnika realizującego działania w ramach 3 obszaru wsparcia - usługi asystenckie dla dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną i wsparcie specjalistyczne dla opiekunów faktycznych osób z niepełnosprawnością intelektualną – podpisuje opracowany Indywidualny Planu Działania;
  - d. w przypadku uczestnika realizującego działania w ramach 4 obszaru wsparcia - Zintegrowane Centrum Opieki oparte na systemie teleopieki – podpisuje opracowany Indywidualny Plan Opieki i Wsparcia.

#### §5

Zakończenie uczestnictwa:

1. Zakończenie uczestnictwa w projekcie następuje z chwilą:
  - a. Zrealizowania wszystkich zaplanowanych działań zgodnie z opracowaną Indywidualną Ścieżką Udziału w Projekcie.
  - b. Przerwania uczestnictwa przed zrealizowaniem zaplanowanych działań w związku z:
    - rezygnacją z uczestnictwa,
    - skreśleniem z listy uczestników na zasadach określonych w pkt. 2.
2. Zamiar rezygnacji z uczestnictwa uczestnik zgłasza w formie pisemnej z 14-dniowym wyprzedzeniem. Zgłoszenie rezygnacji powinno być sporządzone z wykorzystaniem wzoru stanowiącego załącznik nr 7 do niniejszego regulaminu lub obejmować jako minimum następujące informacje:
  - a. imię i nazwisko uczestnika,
  - b. PESEL uczestnika,
  - c. datę rezygnacji,
  - d. powód rezygnacji.
3. Uczestnik może zostać skreślony z listy uczestników w następujących przypadkach:
  - a. niestosowania się do postanowień niniejszego regulaminu,
  - b. niestosowania się do szczegółowych zasad realizacji poszczególnych form wsparcia określonych przez Partnerów lub podwykonawców projektu.
4. Decyzję o skreśleniu z listy uczestników projektu podejmuje koordynator projektu na wniosek pracownika socjalnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie lub przedstawiciela Partnera

odpowiedzialnego za realizację obszaru wsparcia, w którym bierze udział uczestnik lub z własnej inicjatywy po uzyskaniu informacji mogących być podstawą dla skreślenia i po odbyciu konsultacji z pracownikiem socjalnym Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie lub przedstawicielem Partnera odpowiedzialnego za realizację obszaru wsparcia, w którym bierze udział uczestnik.

5. Osoba, która zakończyła udział w projekcie składa oświadczenie uczestnika dot. jego sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie stanowiące załącznik 8 do niniejszego regulaminu.
6. Osoba, która zakończyła udział w projekcie ma prawo, na własny wniosek, otrzymać zaświadczenie potwierdzające fakt uczestnictwa w projekcie.

## §6

Zobowiązania realizatorów projektu:

1. Partner wiodący (Miasto Poznań/Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Poznaniu) zobowiązuje się do:
  - a. Prowadzenia rekrutacji zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym regulaminie.
  - b. Informowania uczestników o wszelkich faktach mogących utrudnić lub uniemożliwić im realizację zaplanowanych działań, w sytuacji gdy informacje takie nie zostałyby lub nie mogłyby zostać przekazane przez Partnera odpowiedzialnego za realizację danego obszaru wsparcia.
  - c. Przyjmowania i rozpatrywania uwag i skarg uczestników związanych z działaniami prowadzonymi przez Partnerów odpowiedzialnych za poszczególne obszary wsparcia.
  - d. Przyjmowania i rozpatrywania wniosków uczestników o pomoc finansową.
2. Partnerzy odpowiedzialni za poszczególne obszary wsparcia zobowiązują się do:
  - a. Prowadzenia rekrutacji zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym regulaminie.
  - b. Opracowania dla każdego z uczestników Karty udzielonego wsparcia uczestnika projektu i Indywidualnej Ścieżki Udziału w Projekcie oraz bieżącej aktualizacji dokumentów.
  - c. Zapewnienia odpowiedniej kadry, bazy dydaktycznej oraz materiałów niezbędnych dla przeprowadzenia zaplanowanych działań.
  - d. Nieodpłatnego przekazania każdemu z Uczestników materiałów szkoleniowych.

## §7

Zobowiązania uczestników projektu:

1. Uczestnik zobowiązuje się do:
  - a. Realizacji działań określonych w Indywidualnej Ścieżce Udziału w Projekcie, o której mowa w §4 pkt 2.
  - b. Podpisywania w trakcie udziału w zajęciach realizowanych w ramach projektu list obecności, dzienników usług/zajęć, kart realizacji wsparcia i innych dokumentów wskazanych przez prowadzącego usługę/zajęcia.
  - c. Wypełniania w trakcie udziału w usługach/zajęciach ankiet ewaluacyjnych i testów sprawdzających.
  - d. Przystąpienia do egzaminów wewnętrznych lub zewnętrznych w ramach zajęć (jeżeli dotyczy).
  - e. Bieżącego informowania Partnera odpowiedzialnego za prowadzenie usługi/zajęć w ramach danego obszaru wsparcia o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić dalszy udział uczestnika w projekcie.

## §8



## Postanowienia końcowe

1. Realizator projektu zastrzega sobie prawo do zmian w niniejszym regulaminie, przy czym wszelkie zmiany wprowadzane będą w formie pisemnej. Informacje o ewentualnej zmianie regulaminu zostaną zamieszczone na stronach internetowych Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie pod adresem [www.mopr.poznan.pl](http://www.mopr.poznan.pl).
2. Regulamin wchodzi w życie z dniem 01.01.2017 roku i obowiązuje do 31.12.2018 roku.

## Załączniki

1. Załącznik 1 – Lista adresowa;
2. Załącznik 2 – Plan rekrutacji
3. Załącznik 3 – Wzór karty zgłoszenia do projektu
4. Załącznik 4 – Wzór oświadczenia uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
5. Załącznik 5 – Wzór formularza rekrutacyjnego
6. Załącznik 6 – Wzór deklaracji uczestnictwa
7. Załącznik 7 – Wzór zgłoszenia rezygnacji z uczestnictwa
8. Załącznik 8 – Wzór oświadczenia uczestnika dot. jego sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie
9. Załącznik 9 – Wzór karty udzielonego wsparcia uczestnika projektu
10. Załącznik 10 – Informacja na temat obszarów wsparcia w projekcie





## Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnika

### Lista adresowa

Partner wiodący – Miasto Poznań/Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Poznaniu

Centrala

Ul. Cześnikowska 18,

61-330 Poznań

Tel 61 860 99 01, fax 61 860 99 28, e-mail: [mopr@mopr.poznan.pl](mailto:mopr@mopr.poznan.pl)

1. Biuro projektu

Os. Powstańców Warszawy 1B

61-656 Poznań

Tel 61 860 99 20, e-mail [mopr@mopr.poznan.pl](mailto:mopr@mopr.poznan.pl)

Osoba do kontaktu: Edyta Rosenkiewicz / ds. koordynacji projektu ;

Sonia Czernik / ds. realizacji projektu, tel 61 860 99 20,

e-mail [edyta\\_rosenkiewicz@mopr.poznan.pl](mailto:edyta_rosenkiewicz@mopr.poznan.pl) ; [sonia\\_czernik@mopr.poznan.pl](mailto:sonia_czernik@mopr.poznan.pl)

### Partnerzy

1. Polski Komitet Pomocy Społecznej

ul. Krasieńskiego 3/5

60-830 Poznań

Tel.: 61 8 48 11 76, e-mail: [pkps-poznan@wp.pl](mailto:pkps-poznan@wp.pl)

Adres do kontaktu:

ul. Krasieńskiego 3/5

60-830 Poznań

Tel.: 61 8 48 11 76, e-mail: [pkps-poznan@wp.pl](mailto:pkps-poznan@wp.pl)

Osoba do kontaktu: Katarzyna Stanisławska – tel. 61 8 48 11 76, e-mail: [pkps-poznan@wp.pl](mailto:pkps-poznan@wp.pl)

Adres do kontaktu (rejon Grunwald, Jeżyce, Stare Miasto i Wilda):

ul. Głogowska 39/12

60-736 Poznań

Rejon Grunwald

Osoba do kontaktu : Romana Jasek (Asystent Osób Niezależnych) – tel. 61 6626690

Rejon Jeżyce

Osoba do kontaktu: Ewa Skiba (Asystent Osób Niezależnych) – tel. 61 658 570

Rejon Stare Miasto i Wilda

Osoba do kontaktu: Farida Haidar (Asystent Osób Niezależnych) – tel. 667 947 615

e-mail: [farida.pkps@wp.pl](mailto:farida.pkps@wp.pl)

Adres do kontaktu (rejon Nowe Miasto):

os. Oświecenia 66

61-209 Poznań

Rejon Nowe Miasto

Osoba do kontaktu: Skrzypczak Anna (Asystent Osób Niezależnych) – tel. 61 8775 444

2. Fundacja Aktywizacja

Centrum Edukacji i Aktywizacji Zawodowej Osób Niepełnosprawnych

ul. Tytusa Chałubińskiego 9/9A

02-004 Warszawa



Tel 22 530 18 52, fax-, e-mail: [fundacja@idn.org.pl](mailto:fundacja@idn.org.pl)

Adres do kontaktu:

Centrum Edukacji i Aktywizacji Zawodowej Osób Niepełnosprawnych

Oddział Fundacji Aktywizacja w Poznaniu

ul. Poznańska 62 lok. 101

60-853 Poznań

Tel. 511 944 261 fax-, e-mail: [poznan@idn.org.pl](mailto:poznan@idn.org.pl)

Osoba do kontaktu: Anna Dziurdzia- Dyrektor Oddziału – tel 511 944 261, kom 511 944 078,  
e-mail:[anna.dziurdzia@idn.org.pl](mailto:anna.dziurdzia@idn.org.pl)

3. Fundacja L'Arche

ul. Polańska 13a

61-614 Poznań

tel. 61 825 62 00, e-mail: [poznan@larche.org.pl](mailto:poznan@larche.org.pl)

Adres do kontaktu:

ul. Polańska 13a

61-614 Poznań

Osoba do kontaktu:

Michał Talar / specjalista ds. świadczenia usług asystenckich – tel. 608-757-080,

e-mail: [michal.talar@larche.org.pl](mailto:michal.talar@larche.org.pl)

1. Stowarzyszenie Medycyna Polska

Pl. Sobieskiego 2

33-100 Tarnów

Tel. 502-904-809 Paweł Popek

fax14 627 44 24, e-mail [pgadek@medycynapolska.org](mailto:pgadek@medycynapolska.org); [biuro@medycynapolska.org](mailto:biuro@medycynapolska.org)

Adres do kontaktu:

ul. św. Marcin 68/54

61-807 Poznań

Tel 606 397 032, fax-, e-mail [bwachowiak@medycynapolska.org](mailto:bwachowiak@medycynapolska.org)

Osoba do kontaktu: Beata Wachowiak tel. 606 397 032,

e-mail: [bwachowiak@medycynapolska.org](mailto:bwachowiak@medycynapolska.org)

4. Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy „Flandria”

ul. Andrzeja 8

88-100 Inowrocław

tel. 52 357 47 95 fax-, e-mail [sekretariat@flandria.pl](mailto:sekretariat@flandria.pl)

Adres do kontaktu:

ul. Św. Marcin 58/64

61-807 Poznań

tel. 664 999 882 fax-, e-mail [poznan@flandria.pl](mailto:poznan@flandria.pl)

Osoba do kontaktu: Agnieszka Basińska/ ekspert ds. opracowania i wdrażania opieki  
zintegrowanej – tel. 664 999 882, e-mail:[a.basinska@flandria.pl](mailto:a.basinska@flandria.pl)

Załącznik nr 2 do Regulaminu uczestnika

**Plan rekrutacji**

Planowana liczba uczestników:

Obszar wsparcia	planowana liczba uczestników	w tym (nie mniej niż):	
		Osoby z niepełnosprawnością	Opiekunowie faktyczni osób niesamodzielnych
Obszar 1 - Centrum Opieki Środowiskowej	550 osób	7 osób	100 osób
Obszar 2 – wsparcie opiekunów faktycznych w opiece nad osobą z niepełnosprawnością	302 osoby	120 osób	182 osoby
Obszar 3 – usługi asystenckie dla dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną i wsparcie specjalistyczne dla opiekunów faktycznych osób z niepełnosprawnością intelektualną	35 osób	15 osób	20 osób
Obszar 4 – Zintegrowane Centrum Opieki oparte na systemie teleopieki	550 osób	55 osób	0
<b>RAZEM</b>	<b>1437 osób</b>	<b>197 osób</b>	<b>302 osoby</b>

Terminy naboru:

Nr naboru	Termin naboru	Obszar 1 - Centrum Opieki Środowiskowej	Obszar 2 – wsparcie opiekunów faktycznych w opiece nad osobą z niepełnosprawnością	Obszar 3 – usługi asystenckie dla dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną i wsparcie specjalistyczne dla opiekunów faktycznych osób z niepełnosprawnością intelektualną	Obszar 4 – Zintegrowane Centrum Opieki oparte na systemie teleopieki
nabór 1	sty-17	Nabór ciągły	Nabór ciągły	Nabór ciągły	Nabór ciągły
nabór 2	lut-17				
nabór 3	mar-17				
nabór 4	kwi-17				
nabór 5	maj-17				
nabór 6	cze-17				
nabór 7	lip-17				
nabór 8	sie-17				
nabór 9	wrz-17				
nabór 10	paź-17				



nabór 11	lis-17				
nabór 12	gru-17				
nabór 13	sty-18				
nabór 14	lut-18				
nabór 15	mar-18				
nabór 16	kwi-18				
nabór 17	maj-18				
nabór 18	cze-18				
nabór 19	lip-18				
nabór 20	sie-18				
nabór 21	wrz-18				
nabór 22	paź-18				
nabór 23	lis-18				
	gru-18				



Załącznik nr 3 do Regulaminu uczestnika

### Karta zgłoszenia do projektu

Ja, niżej podpisany(a).....  
*imię i nazwisko*

PESEL:

.....  
*nr PESEL*

zgłaszam chęć uczestnictwa w Projekcie „Usługi społeczne dla mieszkańców Poznania”, w obszarze dotyczącym\*:

Obszar 1 – Centrum Opieki Środowiskowej

Obszar 2 – wsparcie opiekunów faktycznych w opiece nad osobą z niepełnosprawnością

Obszar 3 – usługi asystenckie dla dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną i wsparcie specjalistyczne dla opiekunów faktycznych osób z niepełnosprawnością intelektualną

Obszar 4 – Zintegrowane Centrum Opieki oparte na systemie teleopieki

Jako:

Osoba niesamodzielną

Osoba z niepełnosprawnością

Opiekun faktyczny

.....

miejsowość, data

.....

czytelny podpis kandydata

\* Prosimy o wybór tylko jednego obszaru

Załącznik nr 4 do Regulaminu uczestnika

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Usługi społeczne dla mieszkańców Poznania” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 – Marszałek Województwa Wielkopolskiego mający siedzibę przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań. Natomiast w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - Minister Rozwoju, mający siedzibę przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00- 507 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:
  - 1) w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020:
    - a) rozporządzenia 1303/2013;
    - b) rozporządzenia 1304/2013;
    - c) ustawy wdrożeniowej.
  - 2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
    - a) rozporządzenia 1303/2013;
    - b) rozporządzenia 1304/2013;
    - c) ustawy wdrożeniowej;
    - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między Beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str.1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Usługi społeczne dla mieszkańców Poznania” (nr Projektu RPWP.07.02.01-30-0019/15), w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+).
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej - Zarządowi Województwa Wielkopolskiego, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań (nazwa i adres właściwej Instytucji Zarządzającej), Beneficjentowi realizującemu Projekt - Miastu Poznań/Miejskiemu Ośrodkowi Pomocy Rodzinie w Poznaniu, ul.



Cześćnikowska 18, 60-330 Poznań (nazwa i adres Beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu - Polskiemu Komitetowi Pomocy Społecznej, ul. Wiejska 18/20, Warszawa 00-490; Fundacji Aktywizacja, ul. Tytusa Chałubińskiego 9/9a, 02-004 Warszawa; Fundacji L'Arche, ul. Polańska 13A, Poznań 61-614; Stowarzyszeniu Medycyna Polska, Plac Sobieskiego 2, Tarnów 33-100; Stowarzyszeniu Wzajemnej Pomocy „Flandria”, ul. Andrzeja 8, Inowrocław 88-100 (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach WRPO 2014+.

5. Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.
6. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
7. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
8. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy<sup>1</sup> (nie dotyczy).
9. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\*

<sup>1</sup> Dotyczy wyłącznie Projektów zatwierdzonych do realizacji w ramach konkursów, w których zostały wprowadzone kryteria wyboru dotyczące efektywności zatrudnieniowej lub społeczno-zatrudnieniowej.

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



Załącznik nr 5 do Regulaminu uczestnika

### Formularz rekrutacyjny

kandydata do uczestnictwa w projekcie  
„Usługi społeczne dla mieszkańców Poznania”

Dane uczestnika										
Imię										
Nazwisko										
PESEL										
	zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL									
Wykształcenie (należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED)	ISCED 5-8 Wyższe									
	ISCED 4 Policealne									
	ISCED 3 Ponadgminajalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa)									
	ISCED 2 Gimnazjalne									
	ISCED 1 Podstawowe									
	ISCED 0 Brak									

Dane kontaktowe uczestnika	
Województwo	Wielkopolskie
Powiat	Miasto Poznań
Gmina	Miasto Poznań
Miejscowość	Poznań
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

### Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu





<b>Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy</b>	Tak		Nie	
Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy lub raport z SEPI				
<b>Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy</b>	Tak		Nie	
Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy.				
<b>W tym długotrwale bezrobotny</b>	Tak		Nie	
Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku: - Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy). - Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie.				
<b>Bierny zawodowo</b>	Tak		Nie	
Bierny zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).				
<b>W tym osoba ucząca się</b>	Tak		Nie	
<b>W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</b>	Tak		Nie	
<b>Osobą pracującą (niezależnie od rodzaju umowy)</b>	Tak		Nie	
Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo. Studenci, którzy są zatrudnieni (również na część etatu), powinni być wykazywani jako osoby pracujące.				
osoba pracująca w administracji rządowej				
osoba pracująca w administracji samorządowej				
inne				
osoba pracująca w MMŚP				
osoba pracująca w organizacji pozarządowej				
osoba prowadząca działalność na własny rachunek				
osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie				
<b>Zatrudniony w:</b>				



Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony			
<b>Wykonywany zawód:</b>			
Nauczyciel kształcenia zawodowego			
Nauczyciel kształcenia ogólnego			
Nauczyciel wychowania przedszkolnego			
Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego			
Pracownik instytucji rynku pracy			
Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia			
Rolnik			
Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej			
Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej			
Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej			
Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej			
Instruktor praktycznej nauki zawodu			
Inny			
<b>Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</b>			
(odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej)			
<b>Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b>			
Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.			
Tak		Nie	Odmowa podania informacji
<b>Obywatelstwo:</b>			
<b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)</li> <li>2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)</li> <li>3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)</li> <li>4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).</li> </ol>			

Tak		Nie	
<b>Osoba z niepełnosprawnościami</b>			
<p>Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. <b>osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.</b></p>			
Tak		Nie	Odmowa podania informacji
<b>Jeśli TAK podać stopień niepełnosprawności</b>			lekki
			umiarkowany
			znaczny
<b>Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym, bez osób pracujących</b>			
<p>Gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje. Wszyscy członkowie gospodarstwa domowego są albo bezrobotni albo bierni zawodowo.</p>			
Tak		Nie	
<b>w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</b>			
<b>(Należy wypełnić tylko w przypadku gdy powyżej zaznaczono odpowiedź: Tak)</b>			
<p>Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są biernie zawodowo oraz mieszkają z rodzicem/rodzicami.</p>			
Tak		Nie	
<b>Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu</b>			
<p>Osoba dorosła to osoba powyżej 18 lat. Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są biernie zawodowo oraz mieszkają z rodzicem.</p>			
Tak		Nie	
<b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</b>			
<p>Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0.</p> <p>(Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia)</p>			



Tak		Nie		Odmowa podania informacji	
<b>Korzystanie przez osobę/rodzinę ze świadczeń pomocy społecznej</b>					
Tak		Nie		Odmowa podania informacji	
<b>Korzystanie przez osobę/ rodzinę z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa</b>					
Tak		Nie		Odmowa podania informacji	
<b>Inne informacje na temat uczestnika istotne w kontekście możliwości uczestnictwa w projekcie</b> <i>(np. potrzeba zorganizowania opieki nad osobą zależną, ograniczenia ruchowe związane niepełnosprawnością, itp.)</i>					

Potwierdzam poprawność i aktualność przedstawionych danych  
(należy wypełnić w dniu zgłoszenia do projektu)

.....

**MIEJSCOWOŚĆ I DATA      CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\***

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

**Dane pracownik socjalnego – wypełnia pracownik socjalny**

a. Imię (imiona):	b. Nazwisko:	c. Numer telefonu:
d. Reprezentowana instytucja /filia MOPR/:		e. Adres e-mail:
f. numer uczestnika:	MOPR.	

**Dane pracownika Partnera - wypełnia pracownik Partnera**

a. Imię (imiona):	b. Nazwisko:	c. Numer telefonu:



d. Reprezentowana instytucja /nazwa Partnera/		e. Adres e-mail:
f. numer uczestnika:		

Kandydat/ka KWALIFIKUJE SIĘ/NIE KWALIFIKUJE SIĘ\* do wzięcia udziału w projekcie w ramach OBSZARU: .....

(\* ) niewłaściwe wykreślić

.....

.....

Miejscowość i data

podpis pracownika Partnera dokonującego kwalifikacji



Załącznik nr 6 do Regulaminu uczestnika

### Deklaracja uczestnictwa w projekcie

Ja, niżej podpisany(a).....  
*imię i nazwisko*

PESEL: .....  
*nr PESEL*

deklaruję udział w projekcie pt. „Usługi społeczne dla mieszkańców Poznania” realizowanym przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Poznaniu wraz z Partnerami w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 7, Działanie 7.2, Poddziałanie 7.2.1.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Zostałem poinformowany/a, że projekt „Usługi społeczne dla mieszkańców Poznania” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Zapoznałem się z postanowieniami Regulaminu uczestnictwa w projekcie.
3. Przedstawione przeze mnie w Formularzu rekrutacyjnym dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszej deklaracji. Jestem świadomy/a odpowiedzialności, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis uczestnika projektu\*

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



Załącznik nr 7 do Regulaminu uczestnika

### Informacja o rezygnacji z uczestnictwa

Ja, niżej podpisany(a) .....  
*imię i nazwisko*

PESEL:  
.....  
*nr PESEL*

zgłaszam chęć rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie „Usługi społeczne dla mieszkańców Poznania”.

Powód rezygnacji:

- Podjęcia pracy
- Rozpoczęcie prowadzenie działalności gospodarczej
- Inny (jaki?):

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

Na potwierdzenie faktu podjęcia zatrudnienia lub rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej przedkładam:

- umowę o pracę
- umowę zlecenie
- umowę o dzieło
- wypis z CEIDG

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis kandydata

Załącznik 8 do Regulaminu uczestnictwa

Oświadczenie uczestnika dot. jego sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie

I. Dane uczestnika											
Imię											
Nazwisko											
PESEL											
Płeć	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M										
Data zakończenia udziału w projekcie (wypełnia realizator projektu)											

II. Pytania dotyczące sytuacji po opuszczeniu projektu	
<p>1. Proszę o zaznaczenie statusu na rynku pracy w okresie czterech tygodni od zakończenia udziału w projekcie</p>	<p><input type="checkbox"/> Jestem pracujący/a tzn. (należy zaznaczyć jedną z poniższych odpowiedzi):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Wykonuję pracę przynoszącą zarobek lub dochód</li> <li><input type="checkbox"/> Prowadzę działalność gospodarczą lub pomagam w rodzinnej działalności</li> <li><input type="checkbox"/> Prowadzę gospodarstwo rolne lub pomagam w rodzinnym gospodarstwie rolnym</li> <li><input type="checkbox"/> Odbynam praktykę zawodową przynoszącą zarobek lub dochód</li> <li><input type="checkbox"/> Jestem w trakcie zakładania działalności gospodarczej</li> <li><input type="checkbox"/> Jestem w trakcie zakładania gospodarstwa rolnego</li> <li><input type="checkbox"/> Przebywam na urlopie macierzyńskim / rodzicielskim</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Jestem bezrobotny/a tzn. jestem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> zarejestrowany/a w urzędzie pracy jako bezrobotny/a</li> <li><input type="checkbox"/> nie pracuję i nie jestem zarejestrowany/a w urzędzie pracy, ale poszukuję pracy i jestem gotowy/a do jej podjęcia</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Jestem bierna/y zawodowo tzn. nie mam pracy i jej nie poszukuję</p>
<p>2. Czy w okresie czterech tygodni od zakończenia udziału w projekcie poszukiwał/a Pan /Pani pracy lub był/a Pan/ Pani</p>	



zarejestrowany/a w urzędzie jako poszukujący/a pracy?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>3. Czy w okresie czterech tygodni od zakończenia udziału w projekcie rozpoczęła/ęła Pan/Pani naukę w szkole lub wzięła/ęła udział w szkoleniu?</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>4. Czy w okresie czterech tygodni od zakończenia udziału w projekcie uzyskała/a Pan/Pani, po zdanych egzaminie certyfikat/zaświadczenie potwierdzające uzyskanie kwalifikacji?</b>  <i>tzn. w projekcie uczestniczył/a Pan/Pani w kursie/szkoleniu, które zakończyło się egzaminem i dopiero po zdaniu egzaminu otrzymał/a Pan/Pani certyfikat / świadectwo)</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że moje dane osobowe będą wykorzystywane jedynie na potrzeby monitorowania wskaźników rezultatu bezpośredniego projektu „Usługi społeczne dla mieszkańców Poznania”.

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe i kompletne.

Oświadczam, że zostałam/em pouczone/a/y o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

Załącznik nr 9 do Regulaminu uczestnictwa

### Karta udzielonego wsparcia uczestnika projektu

Dane uczestnika										
Imię										
Nazwisko										
PESEL										
	zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL									
OBSZAR WSPARCIA		<b>OBSZAR 1:</b> Centrum Opieki Środowiskowej								
		<b>OBSZAR 2:</b> wsparcie opiekunów faktycznych w opiece nad osobą niepełnosprawną								
		<b>OBSZAR 3:</b> usługi asystenckie dla dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz wsparcie specjalistyczne dla opiekunów faktycznych osób z niepełnosprawnością intelektualną								
		<b>OBSZAR 4:</b> Zintegrowane Centrum Opieki oparte na systemie teleopieki								
RODZAJ UDZIELONEGO WSPARCIA										
NAZWA WSPARCIA	DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU					DATA ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU				

.....  
podpis pracownika Partnera prowadzącego kartę

Załącznik 10 – Informacja na temat obszarów wsparcia w projekcie

**Obszar 1 – Centrum Opieki Środowiskowej**

**1. Czy to jest propozycja dla mnie?**

Tak – jeżeli jesteś osobą niesamodzielną, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Tak – jeżeli jesteś opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej.

**2. Na jakie wsparcie mogę liczyć?**

Jeżeli jesteś osobą niesamodzielną możesz uzyskać wsparcie w formie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania w zakresie: zaspokajania podstawowych potrzeb, opieki higienicznej, zaleceń lekarza, kontaktów z otoczeniem.

Usługom towarzyszy budowanie sieci wsparcia społecznego. Ponadto usługi te w razie uzasadnionej potrzeby mogą być uzupełnione o specjalistyczne usługi pielęgniarstwa, rehabilitacyjne i psychologiczne, możliwość wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, interwencyjne objęcie opieką wychnieniową.

Jeżeli jesteś opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej możesz zostać przeszkolony w miejscu sprawowania opieki nad osobą zależną w zakresie metod przemieszczania chorych, oraz prawidłowej pielęgnacji oraz możesz uzyskać wsparcie psychologiczne.

**3. Czy będę musiał dojeżdżać?**

Nie, ponieważ usługi opiekuńcze świadczone są w miejscu zamieszkania osoby objętej pomocą. Również szkolenia dla opiekunów faktycznych będą przeprowadzane w miejscu sprawowania opieki nad osobą zależną.

**Liczba miejsc ograniczona.**

## Obszar 2 – wsparcie opiekunów faktycznych w opiece nad osobą z niepełnosprawnością

### 1. Czy to jest propozycja dla mnie?

Tak – jeżeli jesteś osobą z niepełnosprawnością lub opiekunem faktycznym osoby z niepełnosprawnością.

Tak – jeżeli jesteś opiekunem faktycznym osoby z niepełnosprawnością.

### 2. Na jakie wsparcie mogę liczyć?

Oferowane przez nas wsparcie asystenta osoby z niepełnosprawnością zwanego Trenerem Aktywności jest zindywidualizowane i dostosowane do każdej osoby z niepełnosprawnością. Wspólnie ustalimy plan działania i zakres czasowy, jaki zajmie nam realizacja poszczególnych jego etapów.

Jako opiekun faktyczny osoby z niepełnosprawnością możesz skorzystać z szkoleń typu kurs podstawowej pierwszej pomocy przedmedycznej, kurs masażu, pakiet szkoleń: moduł 1. – Trener interpersonalny, moduł 2. – Następstwa funkcjonalne niepełnosprawności oraz savoir-vivre w kontaktach z osobami z niepełnosprawnością, moduł 3. – Prawne i instytucjonalne wsparcie osób z niepełnosprawnością, moduł 4. – Wdrożenie do zagadnień Modelu Trenera Aktywności oraz etycznych aspektów pracy z osobą niesamodzielną, zapoznanie z narzędziami pracy asystentów osób z niepełnosprawnością.

### 3. Gdzie będę musiał dojeżdżać?

Na początkowym etapie to Trener Aktywności będzie dojeżdżał do osoby z niepełnosprawnością. Na kolejnych etapach osoba objęta wsparciem asystencki będzie dojeżdżała do Centrum Usamodzielnienia.

Szkolenia dla opiekunów faktycznych głównie odbywać się będą w Centrum Usamodzielnienia.

### 4. Na czym będzie polegało wsparcie asystenckie Trenera Aktywności

Przez usługi asystenckie rozumie się świadczenie osobistej pomocy przez Trenera Aktywności w wykonywaniu czynności, których nie jest ona w stanie wykonywać samodzielnie. Jego zadaniem jest także pomoc osobom z niepełnosprawnością w wykonaniu podjętych już przez nich działań oraz inspirowanie i zachęcanie do aktywności, doradzanie, wsparcie psychiczne i emocjonalne. Asystent ma być towarzyszem w nawiązywaniu nowych relacji społecznych, motywacją do aktywnego korzystania z ról życia osobistego, społecznego i zawodowego.

Zadaniem Trenera aktywności nie jest podejmowanie decyzji za osobę z niepełnosprawnością, a jedynie pomoc, bądź wspomaganie jej w realizacji osobistych zamiarów. Praca Trenera polega na wykonaniu ściśle określonych zadań, przy czym nie są to zadania typowo opiekuńcze. Asystent nie wyręcza podopiecznego w jego obowiązkach, ale wspiera bądź wskazuje rozwiązania problemu, pozwala osobom objętym opieką asystencką na rozwój umiejętności w sferze samorealizacji czy szeroko rozumianej samodzielności, przy czym jednocześnie nie izoluje podopiecznego od jego środowiska i nie stwarza zagrożenia jego alienacji.

### 5. Na czym będzie polegało wsparcie w Centrum Usamodzielnienia

Podstawowym celem pobytu w Centrum Usamodzielnienia jest poprawa dostępu do usług opiekuńczych i usamodzielniających w zastępstwie za opiekunów faktycznych; ponadto poznanie nowych zasad funkcjonowania i wykonywania podstawowych obowiązków związanych z samoobsługą, wykorzystanie zasobów klienta, ustalania celów i ich realizowania. W Centrum będą realizowane formy wsparcia równorzędnie dla osób z



niepełnosprawnością i ich opiekunów faktycznych. Centrum będzie czynne w dni robocze i (sporadycznie soboty) – wsparcie dla poszczególnych osób odbywać się będzie wg. ustalonego grafiku zgodnie z ustalonym kontraktem z trenerem aktywności (Indywidualny Plan Rozwoju).

W celu uzupełnienia działań aktywizacyjnych realizowane będą:

- zajęcia wspomagające służące usamodzielnieniu w poszczególnych sferach życia,
- zajęcia socjoterapeutyczne, a w tym również warsztaty kompetencji społecznych i zajęcia terapeutyczne obejmą również grupy wsparcia,
- wsparcie specjalistyczne – grupowe i indywidualne zajęcia z psychologiem, prawnikiem i pracownikiem socjalnym, w tym warsztaty na temat praw i uprawnień osób niepełnosprawnych,
- zajęcia rehabilitacyjne – mające poprawić proces samodzielności i usprawnienia fizycznego,
- zajęcia kulturalne w terenie w tym wyjścia do teatru, kina.

## 6. Jak będzie przebiegało wsparcie?

- **Zaplanowane wsparcie asystenckie Trenera Aktywności osoby z niepełnosprawnością jest kilkuetapowe:**

I etap ma na celu analizę zasobów, ograniczeń, potrzeb, możliwości i preferencji osoby z niepełnosprawnością - czas trwania nie dłużej niż jeden miesiąc;

II etap ma na celu weryfikację zasadności udzielania osobie z niepełnosprawnością wsparcia przez Trenera Aktywności - czas trwania nie dłużej niż trzy miesiące;

III etap to jest czasowy pobyt dzienny w mieszkaniu wspomagany w formie mieszkania treningowego - czas trwania nie dłużej niż dziewięć miesięcy.

IV etap to Wyjazdowy Warsztat Aktywizacji Społecznej (4 dni) dla osób z niepełnosprawnością i ich opiekunów.

Osoby z niepełnosprawnością przechodzą do kolejnych etapów usługi po zakwalifikowaniu się.

**Liczba miejsc ograniczona.**

## Obszar 3 – usługi asystenckie dla dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną i wsparcie specjalistyczne dla opiekunów faktycznych osób z niepełnosprawnością intelektualną

### 1. Czy to jest propozycja dla mnie?

Tak – jeżeli jesteś osobą z niepełnosprawnością intelektualną lub opiekunem faktycznym osoby z niepełnosprawnością intelektualną.

### 2. Na jakie wsparcie mogę liczyć?

Oferowane przez nas wsparcie asystenta osoby z niepełnosprawnością intelektualną jest zindywidualizowane i dostosowane do każdej osoby. Wspólnie ustalimy plan działania i zakres czasowy, jaki zajmie nam realizacja poszczególnych jego etapów.

### 3. Gdzie będę musiał dojeżdżać?

Nasze działania realizowane przede wszystkim w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością jak i w siedzibie Fundacji L'Arche w Poznaniu.

### 4. Na czym będzie polegać wsparcie asystenckie?

Przez usługi asystenckie rozumie się świadczenie osobistej pomocy przez asystenta w wykonywaniu czynności, których nie jest ona w stanie wykonywać samodzielnie. Jego zadaniem jest także pomoc osobom z niepełnosprawnością w wykonaniu podjętych już przez nich działań oraz inspirowanie i zachęcanie do aktywności, doradzanie, wsparcie psychiczne i emocjonalne. Asystent ma być towarzyszem w nawiązywaniu nowych relacji społecznych, motywacją do aktywnego korzystania z ról życia osobistego, społecznego i zawodowego. Zadaniem asystenta nie jest podejmowanie decyzji za osobę z niepełnosprawnością, a jedynie pomoc, bądź wspomaganie jej w realizacji osobistych zamiarów. Praca asystenta polega na wykonaniu ściśle określonych zadań, przy czym nie są to zadania typowo opiekuńcze. Asystent nie wyręcza podopiecznego w jego obowiązkach, ale wspiera bądź wskazuje rozwiązania problemu, pozwala osobom objętym opieką asystencką na rozwój umiejętności w sferze samorealizacji czy szeroko rozumianej samodzielności, przy czym jednocześnie nie izoluje podopiecznego od jego środowiska i nie stwarza zagrożenia jego alienacji.

### 5. Jak będzie przebiegało wsparcie?

Punktem wyjścia jest wspólne ustalenie Indywidualnego Indywidualny Planu Działania. To w nim określimy z jakich form wsparcia będziesz korzystać.

#### Zaplanowane działania to:

1. indywidualne wsparcie asystenta osoby z niepełnosprawnością intelektualną,
2. indywidualne specjalistyczne konsultacje np. z psychologiem, z logopedą
3. spotkania indywidualne i grupowe dla opiekunów osób z niepełnosprawnością intelektualną.

**Liczba miejsc ograniczona.**

## Obszar 4 – Zintegrowane Centrum Opieki oparte na systemie teleopieki

### 1. Czy to jest propozycja dla mnie?

Tak – jeżeli jesteś osobą niesamodzielną szczególnie ze względu na wiek, jeżeli mieszkasz samotnie lub przebywasz okresowo samotnie w domu, a ze względu na stan zdrowia wymagasz stałego nadzoru np.: masz zaburzenia pamięci, jesteś po incydentach kardiologicznych, neurologicznych, masz zdiagnozowaną cukrzycę.

### 1. Na jakie wsparcie mogę liczyć?

Projekt zakłada zintegrowanie nowoczesnych rozwiązań IT tworzących system teleopieki oraz telemedycyny w ramach Centrum Teleopieki i Centrum Usług Domowych obejmujących wsparcie asystenta dla osób niesamodzielnych szczególnie ze względu na wiek i/lub z niepełnosprawnością, które może być uzupełnione o wsparcie poprzez:

- wolontariuszy i pomoc sąsiedzka,
- opiekę pielęgniarską, rehabilitacyjną, psychologiczną, medyczną,
- Rzecznika Praw Osób Starszych i/lub z Niepełnosprawnością,
- platformę telemedyczną do telemonitoringu (pakiet pilotażowy dla 24 uczestników projektu) - system komunikujący się urządzeniami pomiarowymi w domu pacjenta i przekazujący informacje bezpośrednio do centrum teleopieki. Składowe zestawu do telemonitoringu:
  - centrum komunikacyjne,
  - ciśnieniomierz,
  - holter mobilny,
  - glukometr.

### 2. Na czym polegać będzie teleopieka?

Otrzymasz urządzenie nadawczo-odbiorcze wyposażone w kartę SIM, z wykupionym abonamentem na czas trwania projektu zapewniającym bezpłatne połączenia z telecentrum, gdzie w trybie 24h/7dni będą dyżurowali przeszkoleni teleopiekunowie oraz mobilny guzik bezpieczeństwa (tzw. „czerwony guzik”) w postaci wisiorka/ bransoletki, który można mieć stale przy sobie (również w kąpielni). Każdy z podopiecznych centrum teleopieki posiada indywidualną kartę informacyjną, którą wcześniej wypełnił, dzięki czemu żadne zgłoszenie nie będzie anonimowe. Karta informacyjna zawiera informacje o ogólnym stanie zdrowia, zażywanych lekach, ale także kontakt do osoby, która posiada klucze do domu, którą należy powiadomić w razie sytuacji nagłej.

Jeżeli będziesz się czuł, że zagrożone jest Twoje zdrowie lub życie naciśniesz guzik w celu połączenia się z teleopiekunem, którego zadaniem będzie ocena sytuacji i odpowiednia reakcja pomocowa np. wezwanie członka rodziny lub sąsiada posiadającego klucz do mieszkania, wezwanie służb medycznych lub innych i udzielenie im kompleksowych informacji o seniorze na podstawie danych zawartych w systemie. Ponadto w celu podniesienia jakości relacji teleopiekunowie przeprowadzać będą również z Tobą minimum 1 raz w tygodniu rozmowy o charakterze kontrolnym, towarzyskim. Będziesz miał również możliwość nielimitowanego codziennego kontaktu z pracownikami telecentrum, podejmowanego z własnej inicjatywy (naciskając tzw. „zielony guzik”).

**Liczba miejsc ograniczona.**