Załącznik nr 2

**Lista niezbędnych dokumentów potwierdzających kwalifikowalność uczestnictwa**

**OSOBY WYKLUCZONE Z DOSTĘPU DO USŁUG W SZCZEGÓLNOŚCI POTRZEBUJĄCE WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

1. **Kryteria dostępu:**
2. miejsce zamieszkania na terenie MOF Olsztyna, m.in. (zaświadczenie z Urzędu Miasta/Gminy informujące o zameldowaniu; zaświadczenie z Urzędu Pracy informujące o zarejestrowaniu; zaświadczenie z MOPS/GOPS – osoby widniejące jako objęte wsparciem przez instytucje; zaświadczenie Pracodawcy o zatrudnieniu na podstawie zgłoszeń pracowników do ZUS; zaświadczenie ze Szkoły o zameldowaniu/zamieszkaniu uczniów; zaświadczenie o niepełnosprawności, które potwierdza miejsce zamieszkania (wystawione maks. Miesiąc przed rozpoczęciem udziału w projekcie); kserokopie decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, kserokopie rachunków lub faktur za media, ścieki, odpady komunalne lub inne równoważne dokumenty na których widnieje imię i nazwisko i adres potencjalnego uczestnika projektu)
3. osoba należąca do jednej z poniższych grup:

- os. starsza 60+ (dokument z PESEL),

- os. z niepełnosprawnościami (orzeczenie),

- os. z problemami zdrowia psychicznego (orzeczenie/zaświadczenie od lekarza),

- os. przewlekle i ciężko chora (orzeczenie/zaświadczenie od lekarza),

**Kryteria pierwszeństwa:**

- osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (orzeczenie): + 5 pkt– st. umiarkowany, +10 pkt– st. znaczny;

- osoby z niepełnosprawnością sprzężoną, z chorobami psychicznymi, z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (zgodnie z ICD10): + 5 pkt za każdą przesłankę;

- osoby korzystająca z FE PŻ (zaświadczenie): +5 pkt;

- osoby zamieszkujące samotnie (oświadczenie): +5 pkt.

**OPIEKUNOWIE OSÓB NIESAMODZIELNYCH**

1. **Kryteria dostępu:**
2. miejsce zamieszkania na terenie MOF Olsztyna, m.in. (zaświadczenie z Urzędu Miasta/Gminy informujące o zameldowaniu; zaświadczenie z Urzędu Pracy informujące o zarejestrowaniu; zaświadczenie z MOPS/GOPS – osoby widniejące jako objęte wsparciem przez instytucje; zaświadczenie Pracodawcy o zatrudnieniu na podstawie zgłoszeń pracowników do ZUS; zaświadczenie ze Szkoły o zameldowaniu/zamieszkaniu uczniów; zaświadczenie o niepełnosprawności, które potwierdza miejsce zamieszkania (wystawione maks. Miesiąc przed rozpoczęciem udziału w projekcie); kserokopie decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, kserokopie rachunków lub faktur za media, ścieki, odpady komunalne lub inne równoważne dokumenty na których widnieje imię i nazwisko i adres potencjalnego uczestnika projektu)
3. os. sprawująca opiekę nad osobą wymagającą wsparcia (oświadczenie)

**Kryteria pierwszeństwa:**

- stopień niesamodzielności podopiecznego– priorytet dla opiekunów osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub wymagających całodobowej opieki (na podst. Orzeczenia podopiecznego): +5 pkt;

- sytuacja dochodowa– pierwszeństwo dla opiekunów z rodzin o niskich dochodach (oświadczenie): 1-5 pkt;

- samotne sprawowanie opieki (oświadczenie): +5 pkt;

- czas sprawowania opieki–pierwszeństwo dla os. opiekujących się wiele lat, bez przerw (oświadczenie): 1 pkt za każdy pełny rok;

- status zawodowy–preferencje dla opiekunów, którzy ze względu na opiekę nie mogą podjąć zatrudnienia lub są zagrożeni utratą pracy (oświadczenie) +5 pkt.

- opiekunowie z problemami zdrowotnymi, ale mimo to sprawującymi opiekę (orzeczenie/zaświadczenie lekarskie/oświadczenie): + 5pkt.

**KADRY INSTYTUCJI POMOCOWYCH**

1. **Kryteria dostępu:**
2. miejsce zamieszkania na terenie MOF Olsztyna, m.in. (zaświadczenie z Urzędu Miasta/Gminy informujące o zameldowaniu; zaświadczenie z Urzędu Pracy informujące o zarejestrowaniu; zaświadczenie z MOPS/GOPS – osoby widniejące jako objęte wsparciem przez instytucje; zaświadczenie Pracodawcy o zatrudnieniu na podstawie zgłoszeń pracowników do ZUS; zaświadczenie ze Szkoły o zameldowaniu/zamieszkaniu uczniów; zaświadczenie o niepełnosprawności, które potwierdza miejsce zamieszkania (wystawione maks. Miesiąc przed rozpoczęciem udziału w projekcie); kserokopie decyzji

w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, kserokopie rachunków lub faktur za media, ścieki, odpady komunalne lub inne równoważne dokumenty na których widnieje imię i nazwisko i adres potencjalnego uczestnika projektu)

b) zatrudnienie w jednostce pomocowej z siedzibą na terenie MOF Olsztyn (zaświadczenie).

**Kryteria pierwszeństwa:**

- osoby bezpośrednio pracujące z podopiecznymi np. pracownicy socjalni, asystenci rodzin, terapeuci, itp. (zaświadczenie z miejsca pracy): +5 pkt;

- osoby z krótkim stażem, które potrzebują wsparcia w zdobyciu kompetencji (oświadczenie/zaświadczenie): 1-15 pkt (do 2 lat– 15 pkt., każde następne dwa lata-1 pkt, powyżej 30 lat pracy 0 pkt);

- osoby, które nie miały możliwości udziału w podobnych programach (oświadczenie): +5 pkt.

**Oświadczenie**

**- osoba samotna**

Ja niżej podpisany/a ………………………………………………………………………………….oświadczam,

że prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń (art. 233 Kodeksu karnego).

………………………………………….. ………………………………………………..

Miejscowość, data Podpis uczestnika/uczestniczki

**Oświadczenie**

**- sprawowanie opieki**

Ja, niżej podpisany/a, …………………………………………………………………………….oświadczam, że sprawuję opiekę nad osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, Panią/Panem

…………………………….............………………………………………………………………………………………..……

*(Imię i nazwisko osoby wymagającej wsparcia)*

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń(art. 233 Kodeksu karnego).

………………………………………….. ………………………………………………..

Miejscowość, data Podpis uczestnika/uczestniczki

**Oświadczenie**

**- sytuacja dochodowa opiekuna**

Ja, niżej podpisany/a…………………………………………………………………….……... oświadczam, że a) jestem opiekunem z rodziny o niskich dochodach\* i dochód na jednego członka rodziny mieści się w przedziale (netto):

🞏 mniej niż 823 zł **5pkt**

🞏 824 zł – 1100 zł **4 pkt**

🞏 1101zł – 1400 zł **3 pkt**

🞏 1401 – 1700 zł **2 pkt**

🞏 więcej niż 1700 zł **1 pkt**

b) jestem opiekunem, który prowadzi jednoosobowe gospodarstwo domowe i mój dochód mieści się w przedziale (netto):

🞏 mniej niż 1010 zł **5pkt**

🞏 1010 zł – 1200 zł **4 pkt**

🞏 1201zł – 1400 zł **3 pkt**

🞏 1401 – 1600 zł **2 pkt**

🞏 więcej niż 1600 zł **1 pkt**

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń (art. 233 Kodeksu karnego).

………………………………………….. ………………………………………………..

Miejscowość, data Podpis uczestnika/uczestniczki

\*Od 1 stycznia 2025 roku obowiązują nowe kryteria dochodowe w pomocy społecznej wprowadzone Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 12 lipca 2024 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz. U. poz. 1044). Ustala się następujące kryteria dochodowe:

- dla osoby samotnie gospodarującej – w wysokości 1010 zł.

- dla osoby w rodzinie – w wysokości 823 zł.

**Oświadczenie**

**- samotne sprawowanie opieki**

Ja niżej podpisany/a ………………………………………………………………………………….oświadczam,

że samotnie sprawuję opiekę nad Panią/Panem

…………………………….............………………………………………………………………………………………..……

*(Imię i nazwisko osoby wymagającej wsparcia)*

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń (art. 233 Kodeksu karnego).

………………………………………….. ………………………………………………..

Miejscowość, data Podpis uczestnika/uczestniczki

**Oświadczenie**

**- czas sprawowania opieki**

Ja niżej podpisany/a ………………………………………………………………………………….oświadczam,

że nieprzerwanie od dnia\*……………………………………..do chwili obecnej sprawuję opiekę nad Panią/Panem………….............……………………………………………………………………………………..

*(Imię i nazwisko osoby wymagającej wsparcia)*

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń (art. 233 Kodeksu karnego).

………………………………………….. ………………………………………………..

Miejscowość, data Podpis uczestnika/uczestniczki

\*podaj w przybliżeniu dzień, miesiąc, rok sprawowania opieki nad osobą wymagającą wsparcia

**Oświadczenie**

**- status zawodowy opiekuna**

Ja niżej podpisany/a ……………………………………………………..oświadczam, że ze względu na sprawowanie opieki nad Panią/Panem………….........................................................................................

*(Imię i nazwisko osoby wymagającej wsparcia)*

nie mogę podjąć zatrudnienia lub grozi mi utrata pracy.

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń(art. 233 Kodeksu karnego).

………………………………………….. ………………………………………………..

Miejscowość, data Podpis uczestnika/uczestniczki

**Oświadczenie**

**- sytuacja zdrowotna opiekuna**

Ja niżej podpisany/a ……………………………………………………..oświadczam, że jestem osobą z problemami zdrowotnymi, ale mimo to sprawuję opiekę nad Panią/Panem

…………………..………….............................................................................................................................................

*(Imię i nazwisko osoby wymagającej wsparcia)*

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń (art. 233 Kodeksu karnego).

………………………………………….. ………………………………………………..

Miejscowość, data Podpis uczestnika/uczestniczki

**Oświadczenie**

**- zatrudnienie w instytucji pomocowej**

Ja niżej podpisany/a ………………………………………………………………………………….oświadczam,

że posiadam krótki staż pracy w instytucji pomocowej i potrzebuję wsparcia w zdobyciu kompetencji. Mój staż pracy w instytucji pomocowej wynosi……………….(wpisać dokładną liczbę lat).

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń (art. 233 Kodeksu karnego).

………………………………………….. ………………………………………………..

Miejscowość, data Podpis uczestnika/uczestniczki

**Oświadczenie**

**- udział pracownika instytucji pomocowej w podobnych programach**

Ja, niżej podpisany/a, …………………………………………………………………………….oświadczam, że nie miałem/am możliwości wzięcia udziału w podobnych programach w przeszłości.

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń(art. 233 Kodeksu karnego).

………………………………………….. ………………………………………………..

Miejscowość, data Podpis uczestnika/uczestniczki