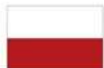




Fundusze Europejskie  
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



**Załącznik nr 1 do REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE  
pn. Janowski Dzienny Dom Seniora „Pod opieką”- rozwój usług społecznych w Gminie  
Janów Lubelski,  
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Działania 8.5 Usługi społeczne  
Priorytet VIII Zwiększanie spójności społecznej  
programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY  
dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu  
w ramach projektu pn.  
Janowski Dzienny Dom Seniora „Pod opieką”- rozwój usług społecznych w Gminie  
Janów Lubelski,  
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Działania 8.5 Usługi społeczne  
Priorytet VIII Zwiększanie spójności społecznej  
programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027**

**Formularz należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, w miarę możliwości  
drukowanymi literami lub komputerowo (we wszystkich wskazanych białych  
miejscach).**

<b>Dane dotyczące projektu - tytuł Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)</b>	<b>Janowski Dzienny Dom Seniora „Pod opieką”</b>
<b>Nr projektu</b>	<b>FELU.08.05-IZ.00-0079/25</b>
<b>Realizator projektu</b>	<b>Gmina Janów Lubelski/Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Bohaterów Porytowego Wzgórza 23 23-300 Janów Lubelski NIP: 8621111450</b>

**UWAGA! Przed rozpoczęciem wypełniania Formularza zgłoszeniowego do Projektu  
należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie Janowski  
Dzienny Dom Seniora „Pod opieką”- rozwój usług społecznych w Gminie Janów  
Lubelski**



Fundusze Europejskie  
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



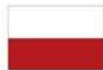
**Formularz Zgłoszeniowy należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, w miarę możliwości drukowanymi literami lub komputerowo (we wszystkich wskazanych białych miejscach). Przyjmowane będą jedynie kompletne, poprawnie wypełnione formularze.**

<b>Informacje wypełniane przez upoważnionego pracownika projektu</b>	
<b>Data wpływu i godzina:</b>	
<b>Podpis osoby przyjmującej</b>	
<b>Liczba przyznanych punktów</b>	

<b>Kryteria formalne<sup>1</sup></b>	
<b>osoba zamieszkuje na terenie gminy Janów Lubelski – 2 pkt</b>	
<b>osoba nie korzysta z usług społecznych świadczonych przez OPS-2 pkt</b>	
<b>osoba potrzebująca wsparcia<sup>2</sup>- 2 pkt</b>	
<b>Liczba uzyskanych punktów</b>	

1 Wypełnia upoważniony pracownik projektu

2 W załączeniu do formularza rekrutacyjnego przedstawiam orzeczenie o niepełnosprawności lub/i orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię lekarza.



### Kryteria merytoryczne<sup>1</sup>

<b>osoba zamieszkuje na terenach o ograniczonym dostępie do usług opiekuńczych/asystenckich- 5 pkt</b>	
<b>osoba posiada orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności - 5pkt</b>	
<b>osoba z niepełnosprawnością sprzężoną- 5 pkt</b>	
<b>osoba z chorobą psychiczną- 5 pkt</b>	
<b>osoba z niepełnosprawnością intelektualną –5pkt</b>	
<b>osoba samotnie zamieszkująca gospodarstwo domowe- 5 pkt</b>	
<b>osoba korzystająca z Programu POPŻ- 5 pkt</b>	
<b>Liczba uzyskanych punktów Skala Katza</b> <b>Interpretacja wyniku: 5-6 pkt – osoba sprawna</b> <b>3-4 pkt – osoba umiarkowanie niesprawna</b> <b>≤ 2 pkt – osoba bardzo niesprawna, wymagająca opieki przez całą dobę</b>	
<b>Liczba uzyskanych punktów Skala Lawtona</b> <b>Maksymalnie można uzyskać 24 punkty. Ogólna liczba punktów ma znaczenie tylko w odniesieniu do konkretnego pacjenta, spadek tej liczby w czasie świadczy o pogarszaniu się stanu ogólnego.</b>	
<b>Liczba punktów</b>	

<sup>1</sup> Wypełnia upoważniony pracownik projektu

## I. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU

Wszystkie pola muszą być wypełnione<sup>1</sup>

Rodzaj usługi z jakiej chce skorzystać uczestnik	<input type="checkbox"/> usługi opiekuńcze <input type="checkbox"/> usługi asystenckie <input type="checkbox"/> uczestnictwo w DDS <input type="checkbox"/> wsparcie towarzyszące w ramach świadczonych usług/ usługi transportowe			
Nazwisko				
Imię/ Imiona			Wiek	
Seria i nr dowodu osobistego wydany przez:				
PESEL	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			
Miejsce zamieszkania/Dane kontaktowe				
Ulica			Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość				
Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> Wiejski		<input type="checkbox"/> Miejski	
Kod pocztowy		Poczta		
Powiat		Gmina		

<sup>1</sup> Uczestnik zawsze musi podać przynajmniej jedną formę kontaktu.



Fundusze Europejskie  
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



<b>Adres poczty elektronicznej (e-mail)</b>				<b>Telefon</b>			
<b>Wykształcenie</b>							
<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> Podstawowe	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> Pomaturalne	<input type="checkbox"/> Wyższe		

## II. STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY

<b>Oświadczam, że:</b>	
<input type="checkbox"/> Jestem osobą bezrobotną (np. zarejestrowaną w Urzędzie Pracy), - w tym <input type="checkbox"/> osobą długotrwale bezrobotną <input type="checkbox"/> Jestem osobą bierną zawodowo (np. student, emeryt, rencista) - w tym <input type="checkbox"/> osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osobą uczącą się/odbywającą kształcenie <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Jestem osobą pracującą (zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, o dzieło, zlecenia, powołania, itp.) naukowym, osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki, osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej, inne)	

## III. STATUS UCZESTNIKA NA DZIEŃ SKŁADANIA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO

<b>Oświadczam, że:</b>	
Jestem osobą obcego pochodzenia, tj. cudzoziemcem, osobą, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Jestem osobą pochodzącą z krajów trzecich, tj. obywatelem kraju spoza UE lub bezpaństwowcem lub osobą bez ustalonego obywatelstwa <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej) <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Jestem osobą z niepełnosprawnością/mi <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI

<sup>1</sup> Zgodnie z zapisami Regulaminu. Jeśli zaznaczono TAK należy przedłożyć kserokopię zezwolenia na pobyt stały lub czasowy lub kartę pobytu lub zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego UE lub dokument tożsamości.

<sup>2</sup> J.w.

<sup>3</sup> Zgodnie z zapisami Regulaminu. Mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska, mniejszości etniczne: karaimska, lemowska, romska, tatarska.

<sup>4</sup> Zgodnie z zapisami Regulaminu. W załączeniu do formularza rekrutacyjnego przedstawiam orzeczenie o niepełnosprawności lub/i orzeczeń o stanie zdrowia lub opinię lekarza.



Fundusze Europejskie  
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Korzystałam/em z usług opiekuńczych i/lub specjalistycznych <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Moim miejscem zamieszkania, zgodnie z ustawą z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, jest powiat janowski w województwie lubelskim	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
<b>Jestem osobą z niepełnosprawnością</b> Dokument potwierdzający: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz.U. 2025 poz. 913) oraz ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r., poz. 917).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
<b>Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu</b> Dokument potwierdzający: zaświadczenie lekarskie, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważne (jak wyżej), wywiad środowiskowy, zaświadczenie z OPS, ocena potrzeby wsparcia.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
<b>Jestem osobą wykluczoną komunikacyjnie</b> Dokument potwierdzający: oświadczenie kandydata.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
<b>Jestem osobą narażoną na umieszczenie w instytucjach całodobowych lub przebywającą w instytucjach całodobowych</b> Dokument potwierdzający: skierowanie/decyzja o potrzebie umieszczenia w instytucji całodobowej, zaświadczenie o przebywaniu w instytucji całodobowej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI

<sup>1</sup> Zgodnie z zapisami Regulaminu. Jeśli NIE proszę załączyć stosowne zaświadczenie z OPS lub oświadczenie.



Fundusze Europejskie  
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



#### **IV. Oświadczenie kandydata o zamieszkiwaniu na terenie województwa lubelskiego**

Oświadczam, że zamieszkuję/nie zamieszkuję<sup>1</sup> na terenie województwa lubelskiego.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis kandydata/pełnomocnika kandydata<sup>2</sup>

#### **V. Oświadczenie kandydata o korzystaniu z POPŻ**

Oświadczam, że korzystam/nie korzystam<sup>3</sup> z Programu POPŻ.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis kandydata/pełnomocnika kandydata<sup>4</sup>

#### **IV. Oświadczenie kandydata o problemach zdrowotnych**

Oświadczam, że jestem/nie jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną, osobą z chorobą psychiczną, osobą z niepełnosprawnością intelektualną<sup>5</sup>.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis kandydata/pełnomocnika kandydata<sup>6</sup>

---

1 Niepotrzebne skreślić

2 Niepotrzebne skreślić

3 Niepotrzebne skreślić

4 Niepotrzebne skreślić

5 Niepotrzebne skreślić

6 Niepotrzebne skreślić



Fundusze Europejskie dla Lubelskiego



Rzeczpospolita Polska

Dofinansowane przez Unię Europejską



## V. Oświadczenie kandydata<sup>1</sup>

Czy wskazuje Pan (i) asystenta/opiekuna? Tak  / Nie

Jeżeli Tak, proszę podać jego imię i nazwisko oraz numer telefonu:

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

Prosimy o określenie cech asystenta, które Pana(i) zdaniem byłyby najbardziej odpowiednie

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

.....  
Data i podpis kandydata/pełnomocnika kandydata<sup>2</sup>

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych, oświadczam, że dane podane w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.

.....  
Data i podpis kandydata/pełnomocnika kandydata<sup>3</sup>

---

1 Należy wypełnić w przypadku ubiegania się o usługi asystenckie lub opiekuńcze

2 Niepotrzebne skreślić

3 Niepotrzebne skreślić



Fundusze Europejskie  
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



### Instrukcja wypełniania Formularza:

1. Wszystkie pola Formularza rekrutacyjnego muszą być wypełnione.
2. W przypadku braku telefonu/ adresu e-mail prosimy wpisać „nie dotyczy”.
3. Formularz należy wypełnić czytelnie, komputerowo lub odręcznie (DRUKOWANYMI LITERAMI).
4. Odpowiedzi na pytania w Formularzu należy zaznaczyć znakiem X.
5. Brak wymaganych własnoręcznych, podpisów pod wszystkimi oświadczeniami znajdującymi się na końcu formularza traktowany jest jako błąd formalny. Kandydat zostanie poinformowany o konieczności uzupełnienia. Brak uzupełnienia podpisu skutkuje odrzuceniem formularza i odstąpieniem od jego oceny.
6. Formularz rekrutacyjny musi być dostarczony do Biura projektu w zamkniętej kopercie w 1 egzemplarzu papierowym lub przesłany w wersji elektronicznej zgodnie z zasadą skutecznego doręczenia informacji.
7. Wersja elektroniczna formularza musi być zapisana w formacie „word” (doc/docx), plikach open office czy pdf edytowalny. Zapisanie formularza w innym formacie np. jpg uznane zostanie za błąd formalny. Kandydat zostanie poinformowany o konieczności poprawy.

### Załączniki składane na etapie rekrutacji:

- Załącznik nr 1 Oświadczenia ogólne
- Załącznik nr 2 Oświadczenia projektowe
- Załącznik nr 3 Oświadczenie korzystaniu z usług społecznych
- Załącznik nr 4 Skala Katza
- Załącznik nr 5 Skala Lawtona
- Załącznik nr 6 Oświadczenie o wykluczeniu komunikacyjnym
- Załącznik nr 7 Oświadczenie o samotnym zamieszkiwaniu
- Załącznik nr 8 Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do udziału w projekcie
- Załącznik nr 9 Zgoda na publikację wizerunku
- Załącznik nr 10 Klauzula informacyjna
- Załącznik nr 11 Oświadczenie o statusie osoby obcego pochodzenia
- Załącznik nr 12 Oświadczenie o statusie osoby należącej do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych

Załącznik nr 1 do Formularza

## OŚWIADCZENIE OGÓLNE

Ja niżej podpisany/na oświadczam, że:

- Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie pn. Janowski Dzienny Dom Seniora „Pod opieką”- rozwój usług społecznych w gminie Janów Lubelski zawartymi w Regulaminie Rekrutacji, akceptuję wszystkie postanowienia Regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w Regulaminie,
- Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest z Funduszy Europejskich dla Lubelskiego 2021-2027 ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+),
- Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia. Rozumiem, że w przypadku odmowy podania danych dla kryteriów premiujących nie będzie możliwe zaliczenie punktów dla danego kryterium.
- Zostałem/am poinformowany, że złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi i stanowią dokumentację Projektu,
- Zostałem/am poinformowany/a, że Realizator Projektu zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian w Regulaminie w przypadku, gdy byłoby to konieczne z uwagi na zmianę warunków realizacji Projektu, a także w przypadku pisemnego zalecenia wprowadzenia określonych zmian ze strony Instytucji Pośredniczącej,
- Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania danych Realizatorom Projektu potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu,
- Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora: Ośrodek Pomocy Społecznej w Janowie Lubelskim
- Deklaruję uczestnictwo w formach wsparcia i pomocy przewidzianych w ramach Projektu, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Realizatora Projektu,
- Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu,
- Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym,
- Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym,



Fundusze Europejskie  
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez: Gminę Janów Lubelski/ Ośrodek Pomocy Społecznej w Janowie Lubelskim,
- Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie Janowski Dzienny Dom Seniora „Pod opieką”- rozwój usług społecznych w Gminie Janów Lubelski oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym
- Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. Niniejszym oświadczam, że ww. dane oraz dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (Dz.U.2025 poz. 383) jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

.....  
Data i podpis kandydata/pełnomocnika kandydata<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2 do Formularza

## OŚWIADCZENIE PROJEKTOWE

*Ja niżej podpisany/na oświadczam, że:*

– Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie pn. Janowski Dzienny Dom Seniora „Pod opieką”- rozwój usług społecznych w Gminie Janów Lubelski oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym,

- jestem osobą w wieku 60+

- jestem osobą, która potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,

- zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w województwie lubelskim na terenie gminy Janów Lubelskim,

- jestem osobą samotnie gospodarującą, osobą samotną lub osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości,

- korzystam/nie korzystam<sup>1</sup> z usług opiekuńczych i/lub specjalistycznych,

- nie otrzymałem/łam dotychczas wsparcia instytucjonalnego w postaci usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych lub otrzymałem/łam je w innym zakresie niż te, o które ubiegam się w ramach Projektu,

- Do formularza zgłoszeniowego załączam wszystkie niezbędne załączniki tj.:

1. zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza stwierdzającego, iż mój stan zdrowia i/lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego lub zaświadczenie z OPS o potrzebie wsparcia.

2. Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej właściwego na miejsce zamieszkania o korzystaniu/niekorzystaniu z usług społecznych lub Oświadczenie o korzystaniu z świadczeń opiekuńczych i/lub specjalistycznych (załącznik nr 3 do formularza zgłoszeniowego)

3. Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez uprawniony organ( jeśli dotyczy).

.....  
Data i podpis kandydatki/kandydata/pełnomocnika kandydata<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup>Niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić



Fundusze Europejskie  
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Załącznik nr 3 do Formularza

## OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU Z USŁUG SPOŁECZNYCH

Świadomy/Świadoma odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz.U.2016.1137 z późn. zm.), przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, iż:

Korzystam/nie korzystam<sup>1</sup> z usług społecznych w oparciu o ustawę o pomocy społecznej:

- przysługujących osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona.
- przysługujących osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie zamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić.

.....  
(Data i podpis kandydatki/kandydata/pełnomocnika kandydata)<sup>2</sup>

---

1 Niepotrzebne skreślić

2 Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 4 do Formularza

## SKALA KATZA

*Skala Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego (ADL – Activities of Daily Living) opracowana w 1970 roku przez amerykańskiego gerontologa Sidneya Katza. Niezdolność do zaspokojenia podstawowych czynności oznacza całkowitą niesamodzielność i potrzebę stałej opieki.*

Oceniany parametr	Punkty	Stopień samodzielności	Zaznaczyć <sup>1</sup>
KĄPANIE/MYCIE SIĘ (natrysk lub wanna)	1	Całkowita samodzielność, nie potrzebuje pomocy (nawet jeżeli korzysta z pomocy przy wchodzeniu lub wychodzeniu z wanny)	
	0,5	Niewielka pomoc, np. przy myciu niektórych części ciała	
	0	Znaczna pomoc – potrzebuje pomocy przy kąpieli	
UBIERANIE SIĘ (wkładanie i zdejmowanie bielizny, wyjmowanie ubrań z szafy, używanie suwaka i guzików)	1	Całkowita samodzielność – dobór odzieży, ubieranie się bez pomocy	
	0,5	Częściowa pomoc – samodzielne dobieranie odzieży, ale potrzebna pomoc przy suwakach i guzikach	
	0	Brak samodzielności – potrzebna pomoc przy przygotowaniu odzieży i ubieraniu się Toaleta (samodzielne pójście do toalety, załatwianie potrzeb fizjologicznych, podmywanie się, porządkowanie odzieży)	
TOALETA (samodzielne pójście do toalety, załatwianie potrzeb fizjologicznych, podmywanie się, porządkowanie odzieży)	1	Całkowita samodzielność – pacjent sam chodzi do łazienki załatwić potrzeby fizjologiczne, porządkuje odzież (może używać laski, balkonika, wózka inwalidzkiego, może w nocy używać basenu i opróżniać go rano)	
	0,5	Potrzebuje pomocy – w toalecie, podmywaniu się, porządkowaniu odzieży lub w korzystaniu z basenu)	
	0	Niezdolny do samodzielnego dbania o toaletę i załatwiania potrzeb fizjologicznych	

<sup>1</sup> Należy wstawić X we właściwym polu



KONTROLOWANI E ZWIERACZY (trzymanie moczu i stolca)	1	Całkowite kontrolowanie zwieraczy	
	0,5	Częściowy brak kontroli – przypadki braku kontroli zdarzają się „od czasu do czasu”	
	0	Całkowity brak kontroli lub konieczność założenia cewnika.	
SPOŻYWANIE POSIŁKÓW	1	Całkowita samodzielność – je bez pomocy	
	0,5	Częściowa pomoc, np. w krojeniu mięsa, smarowania masłem chleba	
	0	Brak samodzielności – potrzeba karmienia lub konieczność założenia sondy	
PORUSZANIE SIĘ	1	Całkowita samodzielność (kładzenie się i wstawanie z łóżka oraz siadanie i wstawanie z krzesła bez pomocy lub z pomocą laski)	
	0,5	Kładzenie się lub wstawanie z łóżka bądź krzesła tylko przy pomocy	
	0	Stałe przebywanie w łóżku	
Wynik końcowy			

Należy zaznaczyć jedna odpowiedź w każdym z kryteriów.

Interpretacja wyniku: 5-6 pkt – osoba sprawna 3-4 pkt – osoba umiarkowanie niesprawna  $\leq$  2 pkt – osoba bardzo niesprawna, wymagająca opieki przez całą dobę

.....  
Podpis kandydatki/kandydata/pełnomocnika kandydata<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 5 do Formularza

## SKALA LAWTONA

*Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego (IADL – Instrumental Activities of Daily Living). Badanie wykonuje się, gdy pacjent osiągnął wysoki wynik w poprzednim, czyli jest samodzielny w prostych czynnościach dnia codziennego.*

Oceniany parametr <sup>1</sup>	Bez pomocy (3 punkty)	Z niewielką pomocą (2 punkty)	Zupełnie nie jest w stanie korzystać (1 punkt)
Czy potrafisz korzystać z telefonu?			
Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru?			
Czy wychodzisz z domu po artykuły spożywcze?			
Czy możesz sam przygotować posiłki?			
Czy możesz sam wykonać prace domowe (sprzątanie)?			
Czy możesz sam majsterkować lub dokonywać drobnych napraw w domu?			
Czy możesz sam wyprać swoje rzeczy?			
Czy sam przyjmujesz lub mógłbyś przyjmować leki?			
Czy możesz sam gospodarować pieniędzmi?			
Wynik końcowy	...../24 punkty		

Maksymalnie można uzyskać 24 punkty. Ogólna liczba punktów ma znaczenie tylko w odniesieniu do konkretnego pacjenta, spadek tej liczby w czasie świadczy o pogarszaniu się stanu ogólnego.

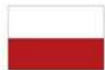
.....  
podpis kandydatki/kandydata/pełnomocnika kandydata<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Należy wstawić X we właściwym polu

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić



Fundusze Europejskie  
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Załącznik nr 6 do Formularza

**OŚWIADCZENIE O WYKLUCZENIU KOMUNIKACYJNYM  
w ramach projektu pn. Janowski Dzienny Dom Seniora „Pod opieką”-  
rozwój usług społecznych w Gminie Janów Lubelski  
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Działania 8.5 Usługi społeczne  
Priorytet VIII Zwiększanie spójności społecznej  
programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027**

**Imię i nazwisko kandydata:**

.....

Ja niżej podpisany/a, pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań, niniejszym oświadczam, że jestem osobą wykluczoną komunikacyjnie.<sup>1</sup>

.....

miejsowość, data

.....

czytelny podpis kandydata/pełnomocnika kandydata<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Przez wykluczenie komunikacyjne – należy rozumieć ograniczenie możliwości korzystania z konstytucyjnych praw i wolności obywatelskich w następstwie braku lub ograniczonej dostępności do podstawowych usług publicznego transportu zbiorowego

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić



Fundusze Europejskie  
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Załącznik nr 7 do Formularza

**OŚWIADCZENIE O SAMOTNYM ZAMIESZKIWANIU**  
**złożone w ramach projektu pn.**  
**Janowski Dzienny Dom Seniora „Pod opieką”-**  
**rozwój usług społecznych w Gminie Janów Lubelski**  
**współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej**  
**w ramach Działania 8.5 Usługi społeczne**  
**Priorytet VIII Zwiększanie spójności społecznej**  
**programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027**

**Imię i nazwisko kandydata:**

.....

Ja niżej podpisany/a, pouczone/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań, niniejszym oświadczam, że jestem osobą samotnie zamieszkującą<sup>1</sup>.

.....  
miejscowość, data

.....  
czytelny podpis kandydata/pełnomocnika kandydata<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Osoba samotnie gospodarująca – to osoba prowadząca jednoosobowe gospodarstwo domowe, czyli niepozostająca w związku małżeńskim i samotnie mieszkająca

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić



Fundusze Europejskie  
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Załącznik nr 8 do Formularza

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych  
w zakresie niezbędnym do udziału w projekcie pn.  
Janowski Dzienny Dom Seniora „Pod opieką”-  
rozwój usług społecznych w Gminie Janów Lubelski,  
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Działania 8.5 Usługi społeczne  
Priorytet VIII Zwiększanie spójności społecznej  
programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027**

**Imię i nazwisko kandydata:**

.....

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody<sup>1</sup> na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do udziału w projekcie pn. Janowski Dzienny Dom Seniora „Pod opieką”- rozwój usług społecznych w Gminie Janów Lubelski, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania 8.5 Usługi społeczne Priorytet VIII Zwiększanie spójności społecznej, programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.

Zostałem/am poinformowany/a, że:

- administratorem danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Janowie Lubelskim,
- dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji, monitorowania, kontroli, sprawozdawczości i ewaluacji projektu zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO),
- mam prawo dostępu do treści danych, ich poprawiania, ograniczenia przetwarzania, usunięcia danych oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do uczestnictwa w projekcie.

.....

miejscowość, data

.....

czytelny podpis kandydata/ pełnomocnika kandydata<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 9 do Formularza

**Zgoda na publikację wizerunku  
w zakresie niezbędnym do udziału w projekcie pn.  
Janowski Dzienny Dom Seniora „Pod opieką”-  
rozwój usług społecznych w Gminie Janów Lubelski  
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Działania 8.5 Usługi społeczne  
Priorytet VIII Zwiększanie spójności społecznej  
programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027**

**Imię i nazwisko kandydata:**

.....

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody<sup>1</sup> na publikację mojego wizerunku w zakresie niezbędnym do udziału w projekcie pn. Janowski Dzienny Dom Seniora „Pod opieką”- rozwój usług społecznych w Gminie Janów Lubelski, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania 8.5 Usługi społeczne Priorytet VIII Zwiększanie spójności społecznej, programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027.

Publikacja wizerunku obejmuje zamieszczenie wizerunku na stronie internetowej Gminy Janów Lubelski (Beneficjenta) i Ośrodka Pomocy Społecznej (Realizatora), mediach społecznościowych Beneficjenta (Facebook), a także na stronie Partnera oraz w innych publikacjach i materiałach promocyjnych oraz sprawozdawczych dotyczących realizacji zadań w ramach projektu pn. Janowski Dzienny Dom Seniora „Pod opieką”- rozwój usług społecznych w Gminie Janów Lubelski

Niniejsza zgoda jest nieodpłatna, nie jest ograniczona ilościowo, czasowo ani terytorialnie.

Wizerunek nie może być użyty w formie lub publikacji obraźliwej lub naruszać w inny sposób dóbr osobistych.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis kandydata/ pełnomocnika kandydata<sup>2</sup>

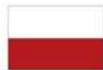
---

1 Niepotrzebne skreślić

2 Niepotrzebne skreślić



Fundusze Europejskie  
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską

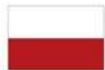


Załącznik nr 10 do Formularza

## KLAUZULA INFORMACYJNA DLA KANDYDATA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.U.E.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informujemy, że:

1. **Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest **Gmina Janów Lubelski** (adres: ul. J. Zamoyskiego 59 23-300 Janów Lubelski ) reprezentowana przez Burmistrza Janowa Lubelskiego – Pana Krzysztofa Kołtysia. **Projekt będzie realizowany przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Janowie Lubelskim** (adres: ul. Bohaterów Porytowego Wzgórza 23 23-300 Janów Lubelski ; nr. tel.15 8724-676; adres e-mail : [opsjl@wp.pl](mailto:opsjl@wp.pl) reprezentowany przez Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej – Panią Marzenę Rązewską.
2. Dane kontaktowe **Inspektora Ochrony Danych: e-mail: [iod@opsjl.pl](mailto:iod@opsjl.pl)**  
Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane **w celu realizacji i obsługi projektu „Janowski Dzienny Dom Seniora „Pod opieką”- rozwój usług społecznych w Gminie Janów Lubelski”** realizowanego w ramach Działania 8.5 Usługi społeczne Priorytetu VIII Zwiększenie spójności społecznej Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021 – 2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu.
3. **Podstawa prawna** przetwarzania danych osobowych:  
**art. 6 ust. 1 lit. c RODO – obowiązek prawny ciążący na Administratorze** w zw. z art. 8 ust. 2 i art. 87 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027
4. **Informacja o odbiorcach danych osobowych:**
  - a) dane osobowe mogą być przekazywane innym podmiotom i organom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa lub podmiotom przetwarzającym w imieniu Administratora na podstawie umowy powierzenia;
  - b) dane osobowe mogą być przetwarzane przez podmioty prowadzące badanie ewaluacyjne oraz pozostałych administratorów uczestniczących we wdrażaniu Programu tj. Instytucję Zarządzającą (Zarząd Województwa Lubelskiego) oraz Instytucję Koordynującą Umowę Partnerstwa (Ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego);



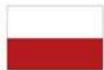
- c) Administrator za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnia Pana/ Pani dane osobowe Instytucji Zarządzającej programem Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, tj. Zarządowi Województwa Lubelskiego oraz Instytucji Koordynującej Umowę Partnerstwa w zakresie niezbędnym do realizacji ich zadań.
5. Pani/Pana dane osobowe **nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.**
6. **Dane będą przechowywane** przez okres niezbędny do realizacji projektu oraz okres **wymagany przepisami prawa** i wytyczne instytucji zarządzającej, nie krócej niż przez 5 lat od zakończenia projektu.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym **profilowaniu.**
8. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, **przysługują** Pani/Panu następujące **prawa**:
- a) **dostępu** do treści swoich danych oraz możliwości **sprostowania, ograniczenia przetwarzania** - chyba że realizacja tych praw nie jest zgodna z przepisami obowiązującego prawa oraz RODO;
- b) **wniesienia skargi** do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Ochrony Danych Osobowych - w przypadku, gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów RODO
9. **Podanie** przez Panią/Pana **danych osobowych** w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest **obowiązkowe**, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem możliwości uczestnictwa i otrzymania wsparcia w ramach projektu.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis kandydata/ pełnomocnika kandydata<sup>1</sup>



Fundusze Europejskie  
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Załącznik nr 11 do Formularza

**Oświadczenie o statusie osoby obcego pochodzenia<sup>1</sup>  
w ramach projektu pn. Janowski Dzienny Dom Seniora „Pod opieką”-  
rozwój usług społecznych w Gminie Janów Lubelski,  
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Działania 8.5 Usługi społeczne  
Priorytet VIII Zwiększanie spójności społecznej  
programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027**

**Imię i nazwisko kandydata:**

.....

Ja niżej podpisany/a, pouczone/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań, niniejszym oświadczam, że spełniam kryterium osoby obcego pochodzenia.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis kandydata/pełnomocnika kandydata<sup>2</sup>

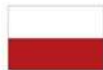
---

<sup>1</sup> Wypełnić tylko w przypadku spełniania kryterium osoby obcego pochodzenia. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy- każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić.



Fundusze Europejskie  
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Załącznik nr 12 do Formularza

**Oświadczenie o statusie osoby należącej do mniejszości narodowej lub etnicznej,  
w tym społeczności marginalizowanych<sup>1</sup>  
w ramach projektu pn. Janowski Dzienny Dom Seniora „Pod opieką”-  
rozwój usług społecznych w Gminie Janów Lubelski,  
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Działania 8.5 Usługi społeczne  
Priorytet VIII Zwiększanie spójności społecznej  
programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027**

**Imię i nazwisko kandydata:**

.....  
Ja niżej podpisany/a, pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań, niniejszym oświadczam, że spełniam kryterium osoby należącej do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych.

.....  
miejsce, data

.....  
czytelny podpis kandydata/pełnomocnika kandydata<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Wypełnić tylko w przypadku spełniania kryterium osoby należącej do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, lemowska, romska, tatarska. Definicja opracowana na podstawie art. 2 ust.1 ustawy z dnia 6 stycznia 2005 r. o mniejszościach narodowych i etnicznych oraz o języku regionalnym.

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić