



ZAŁĄCZNIK NR 8
DO REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
NR FEWM.09.04-IZ.00-0027/24

KARTA KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA NA UCZESTNIAKA

**DO PROJEKTU „WSPARCIE ASYSTENCKIE - SZANSĄ NA LEPSZE ŻYCIE W GMINIE
WIEJSKIEJ I MIEJSKIEJ BARTOSZYCE ORAZ MIEŚCIE OSTRÓDA”**

NR: FEWM.09.04-IZ.00-0027/24

I. Weryfikacja kryteriów formalnych:

L.P.	NAZWA KRYTERIUM	SPEŁNIA / NIE SPEŁNIA		UWAGI
1	Kandydat jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Oświadczenie Kandydata w formularzu rekrutacyjnym i/lub oświadczenie kandydata i/lub dokument potwierdzający o stan zdrowia
2	Kandydat jest osobą w wieku powyżej 60 roku życia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Oświadczenie Kandydata w formularzu rekrutacyjnym i/lub oświadczenie Kandydata
3	Kandydat posiada aktualny status osoby z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Kandydat dostarczył aktualne orzeczenie/inny dokument potwierdzający stan zdrowia
4	Kandydat zamieszkuje na obszarze gminy wiejskiej i miejskiej Bartoszyce oraz miasta Ostróda	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Oświadczenie Kandydata w formularzu rekrutacyjnym i/lub oświadczenie Kandydata
5	Kandydat posiada status osoby biernej zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Kandydat dostarczył zaświadczenie z ZUS
Spełnienie kryteriów formalnych:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	

II. Weryfikacja kryteriów formalnych dot. Usługi asystenckiej:

L.p.	Nazwa kryterium	Spełnia / nie spełnia		Uwagi
1	Kandydat złożył kartę zgłoszenia do udziału we wsparciu asystenckim	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Kandydat przedłożył wypełnioną i podpisaną kartę
2	Kandydat posiada aktualny status osoby z niepełnosprawnością w st. umiarkowanym lub znacznym	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Kandydat dostarczył aktualne orzeczenie/inny dokument potwierdzający stan zdrowia
Spełnienie kryteriów formalnych:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	



III. Weryfikacja kryteriów formalnych dot. opieki wytchnieniowej dla opiekuna faktycznego OSNW:

L.p.	Nazwa kryterium	Spełnia / nie spełnia		Uwagi
1	Kandydat jest kobietą w wieku 60+, będącą opiekunem prawnym/członkiem rodziny/opiekunem osoby niepełnosprawnej, sprawującą bezpośrednią opiekę nad osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo równoważne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Oświadczenie Kandydata w karcie zgłoszenia do udziału w opiece wytchnieniowej i/lub oświadczenia Kandydata
2	Kandydat zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie domowym na terenie gminy wiejskiej lub miejskiej Bartoszyce lub gminie miejskiej Ostróda z OSNW nad którą sprawuje całodobową opiekę	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Oświadczenie Kandydata w karcie zgłoszenia do udziału w opiece wytchnieniowej i/lub oświadczenia Kandydata
3	Kandydat jest osobą niebędącą opiekunem zawodowym i niepobierającą wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki nad OSNW	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Oświadczenie Kandydata w karcie zgłoszenia do udziału w opiece wytchnieniowej i/lub oświadczenia Kandydata
4	Kandydat posiada dokument potwierdzający status opiekuna faktycznego na rynku pracy – osoba bezrobotna lub bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Kandydat dostarczył zaświadczenie z PUP lub ZUS
Spełnienie kryteriów formalnych:		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	

ZAKWALIFIKOWANO DO UDZIAŁU W PROJEKCIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
DATA I PODPIS CZŁONKA KOMISJI REKRUTACYJNEJ		
DATA I PODPIS KOORDYNATORA		