

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**  
**„Bydgoski dom opieki dziennej dla osób cierpiących na choroby otępienne II”**

Wybrany rodzaj wsparcia:	<input type="checkbox"/> Usługa opiekuńcza w Domu Opieki Diennej <input type="checkbox"/> Usługa opiekuńcza – opieka wytchnieniowa w Domu Opieki Diennej <input type="checkbox"/> Usługa opiekuńcza w miejscu zamieszkania		
<b>DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE</b>			
Imię (imiona)		PESEL	
Nazwisko		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
<b>ADRES ZAMIESZKANIA<sup>1</sup></b>			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Telefon stacjonarny		Telefon komórkowy	
Adres e-mail			
<b>DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ (JEŚLI DOTYCZY)</b>			
Imię i nazwisko			
Adres zamieszkania			
Nr telefonu			
Adres e-mail			
<b>OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDATKI DOTYCZĄCE KRYTERIÓW UDZIAŁU W PROJEKCIE</b>			
Oświadczam, że jestem osobą u której <b>zdiagnozowano chorobą otępienną</b> w stopniu:	lekким	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	umiarkowanym	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	głębokim	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
W przypadku zaznaczenia TAK należy dołączyć do formularza zaświadczenie lekarskie			
Oświadczam, że spełniam definicję osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
W przypadku zaznaczenia TAK należy dołączyć do formularza orzeczenie o niepełnosprawności			
Oświadczam, że spełniam definicję osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu stanu zdrowia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

<sup>1</sup> Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



	W przypadku zaznaczenia TAK należy co do zasady dołączyć do formularza zaświadczenie lekarskie. W przypadku braku takiego zaświadczenia wymagane jest załączenie stosownego oświadczenia uczestnika z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń
Oświadczam, że jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe spośród wskazanych poniżej przesłanek zagrożenia /wykluczenia społecznego):	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; <input type="checkbox"/> 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; <input type="checkbox"/> 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.); <input type="checkbox"/> 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.); <input type="checkbox"/> osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu <i>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</i> ; <input type="checkbox"/> 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; <input type="checkbox"/> osoby, dla których ustalono III profil pomocy zgodnie z <i>ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy</i> (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.); <input type="checkbox"/> osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu; <input type="checkbox"/> osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu <i>Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020</i> ; <input type="checkbox"/> osoby odbywające kary pozbawienia wolności; <input type="checkbox"/> osoby korzystające z PO PŻ.	

### OŚWIADCZENIA DODATKOWE O KANDYDACIE/KANDYDATCE

Oświadczam, że:	Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe	Dokument wymagany na potwierdzenie
mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	oświadczenie Kandydata zawarte w formularzu - Beneficjent ma prawo zweryfikować tę kwestię w oparciu o dokumentację (np. PIT, zaśw. o dochodach z tytułu renty, emerytury, wywiad w MOPS)
doświadczam wielokrotnego wykluczenia społecznego <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	oświadczenia lub zaświadczenia, w przypadku osób z niepełnosprawnościami - orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
jestem osobą niepełnosprawną ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
jestem osobą niepełnosprawną z niepełnosprawnością sprzężoną lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną lub osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza

<sup>2</sup> Odpowiedz TAK zaznaczyć należy tylko w przypadku wskazania więcej niż jednej z przesłanek wykluczania społecznego w tabeli na stronie 2 i 3

zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych)		
korzystam z PO PŻ (indywidualnie lub jako rodzina), o ile zakres wsparcia w projekcie nie jest tożsamy z zakresem wsparcia w PO PŻ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	oświadczenie lub inny dokument potwierdzający korzystanie z Programu
zamieszkuję na obszarach objętych programem rewitalizacji uwzględnionych w wykazie programów rewitalizacji prowadzonym przez IZ RPO zgodnie z Wytycznymi w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Zaznaczyć jeśli dotyczy: Okole <input type="checkbox"/> Bocianowo <input type="checkbox"/> Śródmieście <input type="checkbox"/> Błonie <input type="checkbox"/> Wilczak <input type="checkbox"/> Fordon I <input type="checkbox"/> Fordon II (w tym Stary Fordon) <input type="checkbox"/>
Oświadczam, że zamieszkuję samotnie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Weryfikacja na podstawie oświadczenia

**OŚWIADCZENIA OBLIGATORYJNE W PRZYPADKU USŁUG OPIEKUŃCZYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA\***

Oświadczam, że jestem osobą samotną w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości - weryfikacja w oparciu o oświadczenie (składam oświadczenie świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości - weryfikacja w oparciu o oświadczenie (składam oświadczenie świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości - weryfikacja w oparciu o oświadczenie (składam oświadczenie świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

**INFORMACJA NA TEMAT SYTUACJI I POTRZEB KANDYDATA/KANDYDATKI W ZAKRESIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA\***

Proszę wskazać oczekiwany wymiar w zakresie liczby dni w tygodniu, w których miałyby być świadczone wsparcie	<input type="checkbox"/> do 1 dnia w tygodniu <input type="checkbox"/> do 2 dni w tygodniu <input type="checkbox"/> do 3 dni w tygodniu <input type="checkbox"/> do 4 dni w tygodniu <input type="checkbox"/> do 5 dni w tygodniu <input type="checkbox"/> do 6 dni w tygodniu <input type="checkbox"/> do 7 dni w tygodniu
Proszę wskazać oczekiwany średni wymiar godzinowy wsparcia w ciągu tygodnia	<input type="checkbox"/> do 3,5 godziny <input type="checkbox"/> od 3,5 godziny do 7 godzin <input type="checkbox"/> od 7 godzin do 10,5 godziny <input type="checkbox"/> od 10,5 godziny do 14 godzin <input type="checkbox"/> powyżej 14 godzin
Proszę wskazać w jakim zakresie potrzebna będzie pomoc	<input type="checkbox"/> pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, m.in. polegające na: dostarczaniu posiłków i produktów żywnościowych pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie; <input type="checkbox"/> czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, w tym utrzymywanie porządku i czystości; <input type="checkbox"/> dokonywanie niezbędnych zakupów oraz regulowanie opłat domowych, czynności dotyczące prowadzenia spraw osobistych; <input type="checkbox"/> opieka higieniczną; <input type="checkbox"/> pielęgnacja zalecona przez lekarza (czynności wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji

	<p>medycznej, uzupełniającej w stosunku do pielęgniarstwa (opieki środowiskowej);</p> <p><input type="checkbox"/> zapewnienie kontaktów z otoczeniem (np. czynności wspomagające nawiązanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną)</p> <p><input type="checkbox"/> współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmiernego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług opiekuńczych</p>
<p>Proszę wskazać inne istotne informacje z punktu widzenia potrzeb, oczekiwań i sytuacji osoby, która ma zostać objęta opieką (np. istotne informacje na temat stanu zdrowia)</p>	

<p align="center"><b>INFORMACJA NA TEMAT SYTUACJI I POTRZEB KANDYDATA/KANDYDATKI W ZAKRESIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH W DOMU OPIEKI DZIENNEJ - (Wypełnić jeśli dotyczy opieki wytchnieniowej, nie więcej niż 30 dni roboczych przez cały okres projektu)</b></p>	
<p>Proszę wskazać oczekiwany wymiar w zakresie liczby dni w tygodniu, w których miałyby być świadczone wsparcie</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 dzień w tygodniu</p> <p><input type="checkbox"/> 2 dni w tygodniu</p>
<p>Proszę wskazać inne istotne informacje z punktu widzenia potrzeb, oczekiwań i sytuacji osoby, która ma zostać objęta opieką (np. istotne informacje na temat stanu zdrowia)</p>	



### OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się Stowarzyszenie im. Sue Ryder w sytuacji zmiany jakichkolwiek ze wskazanych powyżej danych.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis kandydata/opiekuna prawnego

Oświadczam, iż miesięczny dochód na członka w mojej rodzinie zgodnie z ustawą o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r. w ciągu 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia dokumentów wynosi:

.....  
(należy podać kwotę na 1 członka rodziny)

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis kandydata/opiekuna prawnego



## OŚWIADCZENIE ODNOŚNIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **poinformować Stowarzyszenie im. Sue Ryder** w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji do projektu oraz realizacji RPO WK-P 2014-2020 zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.05.2016 r.), zwanego dalej „RODO” oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000). Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami zawartymi w poniższej klauzuli informacyjnej RODO.

### **KLAUZULA INFORMACYJNA RODO:**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia UE o ochronie danych osobowych nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego jako „RODO”) informujemy, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Województwo Kujawsko-Pomorskie reprezentowane przez Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, mające siedzibę przy Placu Teatralnym 2, 87-100 Toruń (w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020) oraz minister właściwy ds. rozwoju regionalnego na mocy art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 z późn. zm.), mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa (w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych).
- 2) Z inspektorami ochrony danych można skontaktować się pod adresami poczty elektronicznej:
  - [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) – w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych;
  - [iod@kujawsko-pomorskie.pl](mailto:iod@kujawsko-pomorskie.pl) - w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020;
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **„Bydgoski dom opieki dziennej dla osób cierpiących na choroby otępienne II”, nr RPKP.09.03.02-04-0063/20** w szczególności w celu przeprowadzenia rekrutacji, potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych oraz archiwizacji w ramach RPO WK-P 2014-2020.  
Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest obowiązek prawny administratora (art. 6 ust. 1 lit. c RODO), wynikający z:
  - art. 125 oraz art. 126 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
  - art. 9 ust. 1 pkt 2) oraz art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
- 4) Pani/Pana dane osobowe będą ujawniane osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych, przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej RPO WK-P, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym kontrole i audyt w ramach RPO WK-P 2014-2020 na zlecenie ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej RPO WK-P, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta.
- 5) Pani/Pana dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt – **Stowarzyszeniu im. Sue Ryder, ul. Powstańców 6, 86-050 Solec Kujawski** oraz Partnerowi projektu: **Miasto Bydgoszcz, ul. Jezuicka 1, 85-102 Bydgoszcz i podmiotowi realizującemu projekt w jego imieniu tj. Zespołowi Domów Pomocy Społecznej i Ośrodków Wsparcia, ul. Gałczyńskiego 2, 85-322 Bydgoszcz.**
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014- 2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 dnia 17 grudnia 2013 r.) bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
- 7) Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 8) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 9) Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO, ani przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Miejscowość i data

Podpis kandydata/opiekuna prawnego

Załącznik do formularza zgłoszeniowego

<b>Wykaz pojęć</b>	
<b>PO PŻ</b>	Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa 2014-2020
<b>osoby korzystające z PO PŻ (zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin nie będzie powiełał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ)</b>	osoby, otrzymujące pomoc żywnościową w formie paczek lub posiłku, które z powodu niskich dochodów nie mogą zapewnić sobie/rodzinie odpowiednich produktów żywnościowych (posiłków) i dlatego też trafią będzie do ograniczonej liczby osób znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji (określonej przesłankami z art. 7 ustawy o pomocy społecznej oraz poziomem dochodów odniesionych do procentowej wartości odpowiedniego kryterium dochodowego określonego w tej ustawie.  Zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej i Art. 7. Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu m.in: 1) ubóstwa; 2) bezdomności; 3) niepełnosprawności; 4) długotrwałej lub ciężkiej choroby;
<b>znaczny stopień niepełnosprawności</b>	Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
<b>umiarkowany stopień niepełnosprawności</b>	Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.
<b>niepełnosprawność sprzężona</b>	O niepełnosprawności sprzężonej mowa jest wówczas, gdy jest ona złożona, podwójna lub wieloraka, bądź też towarzyszy jej dodatkowe kalectwo. Upośledzenie sprzężone występuje u osoby u której stwierdza się dwie lub więcej niepełnosprawności, powodowane jednym lub kilkoma czynnikami endo lub egzogennymi w różnych okresach życia, co dotyczy także okresu prenatalnego.
<b>osoba z zaburzeniami psychicznymi</b>	Zgodnie z Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby: a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne), b) upośledzonej umysłowo, c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym
<b>dochód na członka w rodzinie poniżej progu ustaw. - dochód nie przekracza 150% właściwego kryt. dochod. (na os. samotnie gospodarującą lub na os. w rodzinie) zg. z ust. o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r.</b>	1. Dochód nie przekracza 1162 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) – w przypadku osoby samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty 776,00 złotych (kryterium dochodowe osoby samotnie gospodarującej), 2. Dochód nie przekracza 792 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) w przypadku osób w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 600,00 zł (kryterium dochodowe na osobę w rodzinie” – przy jednoczesnym wystąpieniu co najmniej jednego z powodów wymienionych w art. 7 pkt 2–15 oraz innych okoliczności uzasadniających udzielenie pomocy społecznej.
<b>doświadczanie wielokrotnego wykluczenia</b>	To osoby doświadczające wykluczenia z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym

<p><b>osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym</b></p>	<p>Zgodnie z Wytycznymi 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 są to:</p> <p>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</p> <p>b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;</p> <p>c) osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;</p> <p>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);</p> <p>e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.);</p> <p>f) osoby z niepełnosprawnością – 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 (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375);</p> <p>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;</p> <p>h) osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.);</p> <p>i) osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;</p> <p>j) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;</p> <p>k) osoby odbywające kary pozbawienia wolności;</p> <p>l) osoby korzystające z PO PŻ.</p>
<p><b>osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu</b></p>	<p>Osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Czynności dnia codziennego: kąpanie się, ubieranie się i rozbieranie, korzystanie z toalety, wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel, samodzielne jedzenie, kontrolowanie wydalania moczu i stolca.</p>