

Projekt realizowany przez Fundację Inicjatyw Społecznych Źródło

Data wpływu*:

*Wypełnia Biuro projektu

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
USŁUGI OPIEKUŃCZE W MIEJSCU ZAMIESZKANIA DLA MIESZKAŃCÓW GRUDZIĄDZA**

Wypełniając formularz zgłaszam swój udział w projekcie „USŁUGI OPIEKUŃCZE W MIEJSCU ZAMIESZKANIA DLA MIESZKAŃCÓW GRUDZIĄDZA”.

Rekrutacja do projektu odbywa się zgodnie z Regulaminem projektu dostępnym w biurze projektu w siedzibie Fundacji Inicjatyw Społecznych Źródło oraz na stronie internetowej Fundacji www.fundacjazrodlo.pl.

DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE			
Imię (imiona)			
Nazwisko		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Telefon stacjonarny		Telefon komórkowy	
Adres e-mail			
DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ (JEŚLI DOTYCZY)			
Imię i nazwisko			
Adres zamieszkania			

Projekt realizowany przez Fundację Inicjatyw Społecznych Źródło

Nr telefonu	
Adres e-mail	

KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE	
Oświadczam, że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tzn. osoby potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej 1 z podstawowych czynności dnia codziennego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że spełniam definicję osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu niepełnosprawności (na potwierdzenie czego do formularza załączam kopię aktualnego orzeczenia o 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 (na potwierdzenie czego do formularza załączam aktualne zaświadczenie lekarskie w tym zakresie; w uzasadnionych przypadkach weryfikacja kryterium odbywa się na podstawie oświadczenie uczestnika z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	W przypadku zaznaczenia TAK należy co do zasady dołączyć do formularza zaświadczenie lekarskie
Oświadczam, że zamieszkuję na terenie Grudziądza	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
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	<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	<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	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
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

Projekt realizowany przez Fundację Inicjatyw Społecznych Źródło

- ☐ 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;
- ☐ osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- ☐ osoby przebywające w pieczy zastępczej³ 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;
- ☐ 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;
- 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;
- ☐ 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 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;
- ☐ członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;
- ☐ osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- ☐ osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- ☐ osoby odbywające kary pozbawienia wolności;
- ☐ osoby korzystające z PO PŻ.

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE POTRZEBY WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

Oświadczam, że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu co oznacza, że nie mam możliwości samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe):

- ☐ spożywanie posiłków
- ☐ przemieszczanie się i siadanie
- ☐ wchodzenie i schodzenie po schodach
- ☐ poruszanie się po powierzchniach płaskich,
- ☐ ubieranie i rozbieranie się
- ☐ utrzymywanie higieny osobistej
- ☐ mycie całego ciała
- ☐ korzystanie z toalety
- ☐ kontrolowanie czynności fizjologicznych (wydalanie moczu i stolca)

Projekt realizowany przez Fundację Inicjatyw Społecznych Źródło

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, dochody z renty, emerytury, wywiad w MOPS)
doświadczam wielokrotnego wykluczenia społecznego	<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 z niepełnosprawnością sprzężoną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza
jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza
jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza
jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza
korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (indywidualnie lub jako rodzina), Uwaga! Wówczas zakres wsparcia w projekcie nie może być tożsamy z zakresem wsparcia w PO PŻ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	oświadczenie lub inny dokument potwierdzający korzystanie z Programu
zamieszkujących 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	oświadczenie Kandydata zawarte w formularzu

Projekt realizowany przez Fundację Inicjatyw Społecznych Źródło

INFORMACJA NA TEMAT SYTUACJI I POTRZEB KANDYDATA/KANDYDATKI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

<p>Proszę wskazać oczekiwany wymiar wsparcia w zakresie liczby dni w tygodniu, w których miałyby być zapewniona pomoc</p>	<p> <input type="checkbox"/> 1 dzień w tygodniu <input type="checkbox"/> 2 dni w tygodniu <input type="checkbox"/> 3 dni w tygodniu <input type="checkbox"/> 4 dni w tygodniu <input type="checkbox"/> 5 dni w tygodniu <input type="checkbox"/> 6 dni w tygodniu <input type="checkbox"/> 7 dni w tygodniu </p>
<p>Proszę wskazać oczekiwany średni wymiar godzinowy wsparcia w ciągu tygodnia</p>	<p> <input type="checkbox"/> do 4 godzin tygodniowo <input type="checkbox"/> od 4,5 do 7 godzin tygodniowo <input type="checkbox"/> od 7,5 do 11 godzin tygodniowo <input type="checkbox"/> od 11,5 do 15 godzin tygodniowo <input type="checkbox"/> powyżej 15,5 godzin tygodniowo </p>
<p>Proszę wskazać w jakim zakresie potrzebna będzie pomoc</p>	<p> <input type="checkbox"/> pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, m.in. polegające na: dostarczaniu posiłków i produktów żywnościowych <input type="checkbox"/> 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 higieniczna; <input type="checkbox"/> pielęgnacja zalecona przez lekarza (czynności wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji medycznej, uzupełniające w stosunku do pielęgniarstwa opieki środowiskowej); <input type="checkbox"/> zapewnienie kontaktów z otoczeniem (np. czynności wspomagające nawiązanie, utrzymywanie i rozwijanie kontaktów z rodziną); <input type="checkbox"/> zapewnienie posiłków. </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>	

Projekt realizowany przez Fundację Inicjatyw Społecznych Źródło

OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE

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

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Fundację Inicjatyw Społecznych Źródło 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

Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 w następującym zakresie (wpisać jeśli dotyczy):

.....

.....
.....
.....
Miejscowość i data
prawnego

Podpis kandydata/opiekuna

OŚWIADCZENIA ODNOŚNIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Inicjatyw Społecznych Źródło 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

Projekt realizowany przez Fundację Inicjatyw Społecznych Źródło

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 – w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych;
 - 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 **Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania dla mieszkańców Grudziądza**, 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 kontrolę 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 – **Fundacji Inicjatyw Społecznych Źródło**.
- 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

Projekt realizowany przez Fundację Inicjatyw Społecznych Źródło

Załącznik do formularza zgłoszeniowego

Wykaz pojęć	
PO PŻ	Program Operacyjny Pomoc Żywniowa 2014-2020
osoby z niepełnosprawnościami	osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego lub uczniowie/dzieci w wieku przedszkolnym posiadające orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności, oraz dzieci i młodzież posiadające orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim (orzeczenia te są wydawane przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej).
kryterium dochodowe	dochód, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
wielokrotne wykluczenie społeczne	wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek kwalifikujących do kategorii osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym
osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:	<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 zastępczej³ 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;</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;</p> <p>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;</p> <p>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 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;</p> <p>g) członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;</p> <p>h) osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;</p> <p>i) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;</p> <p>j) osoby odbywające kary pozbawienia wolności;</p> <p>k) osoby korzystające z PO PŻ.</p>
osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	Osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.