



ZAŁĄCZNIK NR 5 DO REGULAMINU

DODATKOWE KRYTERIA PUNKTOWANE DOT. OSOBY CHOREJ
do projektu „Rozwój opieki długoterminowej w powiecie pszczyńskim”
w ramach programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027

| | | | |
|-----------------------------------|---|---|--|
| Dane uczestnika | 1 | Imię | |
| | 2 | Nazwisko | |
| | 3 | Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| Dane podlegające ocenie punktowej | 1 | Prowadzenie gospodarstwa domowego z inną osobą z orzeczeniem o niepełnosprawności (potwierdzone właściwym dokumentem wystawionym przez właściwy podmiot) (+ 1 pkt) | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| | 2 | Osiągnięcie dochodu, który nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (potwierdzone właściwym dokumentem lub oświadczeniem uczestnika projektu) (+ 1 pkt) | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| | 3 | Prowadzenie 1-osobowego gospodarstwa domowego (potwierdzone właściwym dokumentem lub oświadczeniem uczestnika projektu) (+ 1 pkt) | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| | 4 | Prowadzenie gospodarstwa domowego przez 2 osoby posiadające orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzone właściwymi dokumentami wystawionym przez właściwy podmiot) (+ 2 pkt) | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| | | SUMA PUNKTÓW | |

Uprzedzona/uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Hospicjum św. Ojca Pio w Pszczyńcu w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.

.....
(data, miejscowość)

.....
(podpis osoby chorej)