



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
dla osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
PROJEKT: „Usługi opiekuńcze w Gminie Iłowa”
NR: RPLB.07.05.00-08-0031/21

Data wpływu Formularza do biura projektu podpis

Numer ewidencyjny

(wypełnia Beneficjent)

CZĘŚĆ I

DANE PERSONALNE UCZESTNIKA PROJEKTU

Imię:			
Nazwisko:			
PESEL:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres zamieszkania: ¹			
Ulica:			
Numer domu:	<input type="text"/>	Numer lokalu:	<input type="text"/>
Kod pocztowy:	<input type="text"/>	Miejscowość:	<input type="text"/>
Gmina:			
Powiat:			
Województwo:			
Telefon kontaktowy:			
Adres e-mail:			

CZĘŚĆ II

WYKSZTAŁCENIE I STATUS ZAWODOWY

Oświadczam, że mam wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe):	ISCED 5-8 Wyższe	<input type="checkbox"/>
	ISCED 4 Policealne	<input type="checkbox"/>
	ISCED 3 Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa)	<input type="checkbox"/>
	ISCED 2 Gimnazjalne	<input type="checkbox"/>
	ISCED 1 Podstawowe	<input type="checkbox"/>
	ISCED 0 Brak	<input type="checkbox"/>

¹ Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu.



Status zawodowy	Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy ²	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą bierną zawodowo ³	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą pracującą ⁴	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Oświadczam, że:	<input type="checkbox"/> pracującą w administracji rządowej, <input type="checkbox"/> pracującą w administracji samorządowej, <input type="checkbox"/> pracującą w MMŚP, <input type="checkbox"/> pracującą w organizacji pozarządowej, <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie, <input type="checkbox"/> prowadzącą działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne
	Jestem osobą (wypełnić w przypadku osób pracujących)	
	Wykonywany zawód (wypełnić w przypadku osób pracujących)	<input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego

2 Osoba bezrobotna – to osoby pozostające bez zatrudnienia, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia. Definicja uwzględnia osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajowymi przepisami, nawet jeżeli nie spełniają one trzech kryteriów. Osobami bezrobotnymi są zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu badania aktywności ekonomicznej ludności (to osoby, które nie są zarejestrowane jako bezrobotne, lecz nie pracują, aktywnie poszukują pracy i są gotowe do podjęcia zatrudnienia) jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne.

3 Osoba bierna zawodowo - to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne).

Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo. Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Osoby prowadzące działalność na własny rachunek (w tym bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny) nie są uznawane za bierne zawodowo.

4 Osoby pracujące to osoby w wieku 15 lat i więcej, które wykonują pracę, za którą otrzymują wynagrodzenie, z której czerpią zyski lub korzyści rodzinne lub osoby posiadające zatrudnienie lub własną działalność, które jednak chwilowo nie pracowały ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność na własny rachunek – prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków:

1) osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstwo nie osiąga zysków;

2) osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (np. rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konferencjach lub seminariach);

3) osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności. Bezpłatnie pomagający członek rodziny uznawany jest za osobę pracującą, jeżeli wykonywaną przez siebie pracę wnosi bezpośredni wkład w działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową będącą w posiadaniu lub prowadzoną przez spokrewnionego członka tego samego gospodarstwa domowego. Bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny uznawany jest za „osobę prowadzącą działalność na własny rachunek”. Żołnierze poborowi, którzy wykonywali określoną pracę, za którą otrzymywali wynagrodzenie lub innego rodzaju zysk w czasie tygodnia odniesienia nie są uznawani za „osoby pracujące” – o ile obowiązkowy pobór i powołanie do wojska dotyczy państwa członkowskiego. Osoby przebywające na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim (rozumianym jako świadczenie pracownicze, gdzie pracodawca zapewnia płatny lub bezpłatny czas wolny od pracy do momentu porodu i okres ten obejmuje późniejszą krótkoterminową opiekę nad dzieckiem) są uznawane za „osoby pracujące”



		<input type="checkbox"/> Pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> Rolnik <input type="checkbox"/> Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej <input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> Inny
	Zatrudniony w: (wypełnić w przypadku osób pracujących)	
Inne oświadczenia Oświadczam, że:	Jestem osobą z niepełnosprawnościami (do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
	Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
	Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
	Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej ⁵ (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
	Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ⁶	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

⁵ Osoby w innej niekorzystnej sytuacji to: osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 będące poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1; byli więźniowie; osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań; osoby z obszarów wiejskich

⁶ Osoby, które 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. Pomoc przysługuje osobie, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób i może być przyznana:

a) osobie samotnej 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;

b) osobie samotnie gospodarującej w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie zamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości;

c) osobie w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości



CZĘŚĆ III		
SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU - dotyczy osób z niepełnosprawnością		
Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/ Systemu Językowo-Migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3. Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	5. Inne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:		
CZĘŚĆ IV		
KRYTERIA PREMIUJĄCE		
Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):	Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i/lub niepełnosprawną, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) z ust. z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności i/lub osobą z niepełnosprawnością sprzężoną/ osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (odpowiednie orzeczenie/ inny dokument poświadczający stan zdrowia)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa indywidualnie lub jako rodzina o - zakres wsparcia w projekcie nie jest tożsamy z zakresem wsparcia w POPŻ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem kobietą w wieku 60+ lub mężczyzną w wieku 65+	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



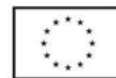
	<p>Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego, jako wykluczenie z powodu więcej niż 1 przesłanek, zgodnie z definicją zawartą w Regulaminie Projektu⁷. Proszę wskazać:</p> <p>1.</p> <p>2.</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
--	---	--

.....

data i czytelny podpis

⁷ Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:

- 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;
- b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- c) 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;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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;
- h) osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- 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;
- j) osoby odbywające kary pozbawienia wolności;
- k) osoby korzystające z PO PŻ;



DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

Deklaruję uczestnictwo w projekcie „Usługi opiekuńcze w Gminie Iłowa”

1. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności do projektu tj.:

- 1) Zamieszkuję w Gminie Iłowa.
- 2) Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w rozumieniu definicji wskazanej w Regulaminie Projektu „Usługi opiekuńcze w Gminie Iłowa” nr RPLB.07.05.00-08-0031/21.

2. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe i że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w projekcie.

3. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Projektu „Usługi opiekuńcze w Gminie Iłowa” nr RPLB.07.05.00-08-0031/21 i akceptuję jego warunki.

4. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskiego na lata 2014-2020.

RODZAJ WSPARCIA		
Proszę wybrać rodzaj wsparcia, o które ubiega się kandydat	Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania	
	Specjalistyczne usługi opiekuńcze	
	Klub Seniora	

.....
data i czytelny podpis



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Usługi opiekuńcze w Gminie Łłowa” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy ds. Rozwoju Regionalnego, z siedzibą przy Placu Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego - Lubuskie 2020 w odniesieniu do zbioru pn. Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych na podstawie:
 - a. 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 ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - b. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
 - d. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Usługi opiekuńcze w Gminie Łłowa”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego - Lubuskie 2020.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania beneficjentowi realizującemu projekt – Gmina Łłowa/Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Kolejowa 7, 68-120 Łłowa (nazwa i adres beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu pn. „Usługi opiekuńcze w Gminie Łłowa” – STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH „PIĘKNI ŻYCIEM” z siedzibą w Łłowej (68-120), ul. Kościelna 4 (nazwa i adres ww. podmiotów). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO -Lubuskie 2020.
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym do otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.



6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
7. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
9. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego - Lubuskie 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
10. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl lub adres poczty ul. Wspólna 2/4,00-926 Warszawa.
11. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
12. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU⁸

⁸ W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



ZAŁĄCZNIKI (proszę zaznaczyć właściwe):

ZAŁĄCZNIKI	
Zaświadczenie o dochodach i/lub inne dokumenty potwierdzające dochód na osobę samotnie gospodarującą, osobę w rodzinie lub rodzinę	
Zaświadczenie od lekarza/Oświadczenie Uczestnika Projektu o potrzebie świadczenia usług opiekuńczych	
Zaświadczenie od lekarza o potrzebie świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych – (dotyczy osób ubiegających się o przyznanie specjalistycznych usług opiekuńczych)	
Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności osoby niesamodzielnej bądź innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia – (dotyczy osób z niepełnosprawnościami)	
Pisemna zgoda rodziców/opiekunów prawnych na uczestnictwo w Projekcie – (dot. osób niepełnoletnich)	
Upoważnienie do dokonywania w imieniu uczestnika projektu i na jego rzecz czynności formalnych związanych z udziałem w projekcie (dotyczy uczestników projektu, którzy ze względu na swój stan zdrowia nie są w stanie składać samodzielnie oświadczeń)	