

Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie „Niesprawność nie musi być barierą – kompleksowe usługi opiekuńcze dla osób 60+”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Uwaga! Przed rozpoczęciem wypełniania formularza zgłoszeniowego do projektu, należy zapoznać się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie pn. „Niesprawność nie musi być barierą – kompleksowe usługi opiekuńcze dla osób 60+”.

W przypadku problemów z wypełnieniem formularza, można skorzystać z pomocy Koordynatora opieki/Diagnosty CUS w Sosnowcu, ul. Mjr Henryka Hubala-Dobrzańskiego 131, pokój **B20**, nr tel.: **32/832-94-00 wew. 20**.

Pola wyboru oznacza się znakiem X.

Oś priorytetowa	9. Włączenie społeczne
Działanie	9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne
Poddziałanie:	9.2.5 Rozwój usług społecznych - konkurs

DANE PODSTAWOWE UCZESTNIKA/CZKI

Imię/Imiona	
Nazwisko	
PESEL	
Wiek	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak (<i>brak formalnego wykształcenia – ISCED 0</i>) <input type="checkbox"/> podstawowe (<i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej – ISCED 1</i>) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (<i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej – ISCED 2</i>) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (<i>liceum, technikum, szkoła zawodowa – ISCED 3</i>) <input type="checkbox"/> policealne (<i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły policealnej – ISCED 4</i>) <input type="checkbox"/> wyższe (<i>pełne i zakończone – licencjat lub magisterium – ISCED 5-8</i>)
DANE KONTAKTOWE	
Kraj	POLSKA
Województwo	ŚLĄSKIE
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

<p>Kwalifikacja do obszaru wg stopnia urbanizacji (wypełnia Pracownik projektu zgodnie z LSI)</p> <p>DEBURGA 1 – duże obszary miejskie (o ludności > 50 000 mieszkańców i dużej gęstości zaludnienia);</p> <p>DEBURGA 2 – małe obszary miejskie (o ludności > 5 000 i średniej gęstości zaludnienia);</p> <p>DEBURGA 3 – obszary wiejskie (o ludności < 5 000 i małej gęstości zaludnienia)</p>	<input type="checkbox"/> DEGURBA 1 <input type="checkbox"/> DEGURBA 2 <input type="checkbox"/> DEGURBA 3 (zaznaczyć właściwe)
--	--

Status uczestnika/ki na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu	
Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym	<input type="checkbox"/> osoba niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> osoba zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <i>(Należy załączyć aktualne zaświadczenie z PUP)</i> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna (w przypadku osób poniżej 25 roku życia – są osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy, a w przypadku osób powyżej 25 roku życia – nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)
Osoba bierna zawodowo*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <p>* Osoby bierne zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Do grupy biernych zawodowo zaliczamy m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • studentów studiów stacjonarnych; • studentów studiów niestacjonarnych (studia wieczorowe, zaoczne) ale tylko wtedy gdy nie są zarejestrowani jako osoby bezrobotne; • 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), ale tylko wtedy gdy nie są zarejestrowane jako osoby bezrobotne; <p>Rozróżnienia pomiędzy statusem osoby bezrobotnej a biernej zawodowo należy dokonać na podstawie dokumentów (np. fakt potwierdzenia rejestracji w urzędzie pracy) jak i postawy potencjalnego uczestnika projektu tj. identyfikując stopień oddalenia danej osoby od rynku pracy, jej gotowość do podjęcia pracy i zaangażowanie w poszukiwanie zatrudnienia kwalifikujemy osobę do danej kategorii.</p>
w tym	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba na emeryturze / na rencie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Status uczestnika/ki w chwili przystępowania do projektu	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań, w tym m.in. przebywające w schroniskach, noclegowniach, mające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą, zamieszkujące w warunkach	<input type="checkbox"/> TAK

Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia	
<p>Jestem osobą niesamodzielną ze względu na podeszły wiek 60+, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (<u>Należy załączyć odpowiednie zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia w przypadku osób niesamodzielných</u>)</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Pełnię funkcję Opiekuna Faktycznego uczestnika projektu (<i>Opiekun faktyczny - osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny</i>)</p> <p>..... (imię i nazwisko uczestnika projektu)</p>	<input type="checkbox"/> TAK (proszę podać imię i nazwisko uczestnika projektu) <input type="checkbox"/> NIE
<p>Pełnię funkcję opiekuna faktycznego osoby niepełnosprawnej, starszej, chorej, niesamodzielną lub w inny sposób wykluczonej lub zagrożonej wykluczeniem</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Jestem osobą z niepełnosprawnością lub osobą niesamodzielną, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej – dotyczy potencjalnych uczestników – weryfikacja na podstawie oświadczenia (<u>Należy załączyć odpowiednie oświadczenie zgodne ze wzorem</u>)</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Oświadczam, iż w chwili przystąpienia do udziału w projekcie pn: Niesprawność nie musi być barierą – kompleksowe usługi opiekuńcze dla osób 60+, nie jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności (nie dotyczy osób objętych dozorem elektronicznym). Zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania Realizatora projektu o zmianie statusu w tym zakresie w trakcie mojego udziału w projekcie.</p> <p>..... Czytelny podpis</p>	

Forma wsparcia preferowana przez Uczestnika Projektu (proszę zaznaczyć formę wsparcia , z której Pan/Pani chciałaby skorzystać ze względu na swoją sytuację życiową)	
Usługi w klubie seniora	<input type="checkbox"/>
Usługi w dziennym ośrodku opieki	<input type="checkbox"/>
Usługi krótkoterminowej całodobowej opieki	<input type="checkbox"/>
Usługi opiekuńcze w miejscu zam.	<input type="checkbox"/>

Usługi Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej z elementami opieki	<input type="checkbox"/>
Edukacja dla opiekunów osób niesamodzielnych	<input type="checkbox"/>
Indywidualne poradnictwo dla opiekunów osób niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/>

Opis sytuacji życiowej Uczestnika Projektu

1. Funkcjonowanie w środowisku	Aktywny społecznie , częste kontakty z otoczeniem , przyjaciółmi, rodziną	<input type="checkbox"/>
	Kontakt tylko z najbliższą rodziną	<input type="checkbox"/>
	Sporadyczne kontakty z otoczeniem , poczucie samotności	<input type="checkbox"/>
	Brak rodziny, która mogłaby sprawować opiekę	<input type="checkbox"/>
2. Preferowana forma zajęć	Zajęcia grupowe	<input type="checkbox"/>
	Zajęcia indywidualne	<input type="checkbox"/>
	Umiejętność samodzielnego zorganizowania sobie zajęć	<input type="checkbox"/>
	Brak umiejętności/ chęci w organizowaniu sobie zajęć	
3. Stosunek do innych ludzi	Opiekuńczy	<input type="checkbox"/>
	Obojętny	<input type="checkbox"/>
	Agresywny	<input type="checkbox"/>
	Łatwość w nawiązywaniu kontaktów z ludźmi	<input type="checkbox"/>
	Trudności w nawiązywaniu kontaktów z ludźmi	<input type="checkbox"/>
4. Stopień niesamodzielności	Niesamodzielność w następujących czynnościach życiowych:	
5. Inne ważne czynniki życiowe (Proszę opisać w kilku zdaniach co jest dla Państwa istotne)		

Preferowana forma powiadomienia o wynikach rekrutacji do projektu:

- telefoniczna (na nr telefonu podany w formularzu)
- e-mailowa (na adres e-mailowy podany w formularzu)
- listowna (na adres zamieszkania podany w formularzu)
- inna (należy wskazać jaka)

Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis uczestnika/czki projekt
lub opiekuna*

**W przypadku , gdy podopieczny ze względu na stan zdrowia nie jest w stanie samodzielnie się podpisać , w jego imieniu podpis składa faktyczny opiekun tej osoby.*