Załącznik nr 1b do Regulaminu uczestnictwa w projekcie „Kompleksowe usługi opiekuńcze w Powiecie Miasta Sosnowiec"

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY - OPIEKUN (zmiana od 22.10.2025)

Uwaga! Przed rozpoczęciem wypełniania formularza zgłoszeniowego do projektu, należy zapoznać się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie pn. **„Kompleksowe usługi opiekuńcze w Powiecie Miasta Sosnowiec"**

W przypadku problemów z wypełnieniem formularza, można skorzystać z pomocy Lidera Opieki w siedzibie Hospicjum w Sosnowcu, ul. Mjr Henryka Hubala-Dobrzańskiego 131, pokój **B16**, nr tel.: **32/832-94-00 wew. 20.**

Pola wyboru ☐ oznacza się znakiem X.

Oś priorytetowa	FESL.07.00-Fundusze Europejskie dla społeczeństwa
Działanie	FESL.07.04-Usługi społeczne

DANE PODSTAWOWE UCZESTNIKA/CZKI	
Imię/Imiona	
Nazwisko	
PESEL	
Wiek	
Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna
Wykształcenie	☐ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) ☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ wyższe *(ISCED 5-8)*
DANE KONTAKTOWE	
Kraj	POLSKA
Województwo	ŚLĄSKIE
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

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

Status uczestnika/ki na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu	
Osoba bezrobotna	☐ TAK ☐ NIE
W tym:	☐ Osoba długotrwale bezrobotna ☐ Inne
Osoba bierna zawodowo*	☐ TAK ☐ NIE
W tym	☐ osoba ucząca się/odbywająca kształcenie ☐ inne ☐ osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
Osoba pracująca	☐ TAK ☐ NIE
Miejsce pracy (według rodzaju instytucji)	
Osoba na emeryturze / na rencie	☐ TAK ☐ NIE

Status uczestnika/ki w chwili przystępowania do projektu	
Osoba obcego pochodzenia	☐ TAK ☐ NIE
Osoba z państwa trzeciego	☐ TAK ☐ NIE
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	☐ TAK ☐ NIE ☐ 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* substandardowych *(spowodowanych niskim stanem technicznym budynku, niedostatecznym wyposażeniem mieszkania w instalacje oraz nadmiernym zaludnieniem mieszkania)*	☐ TAK ☐ NIE
Osoba z niepełnosprawnościami, *(Należy załączyć odpowiednie orzeczenie)* *O znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.* ☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM ODPOWIEDZI

Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia	
Pełnię funkcję opiekuna faktycznego osoby niepełnosprawnej, starszej, chorej, niesamodzielnej lub w inny sposób wykluczonej lub zagrożonej wykluczeniem. …….. Imię i Nazwisko osoby zależnej	☐ TAK ☐ NIE
Oświadczam, iż w chwili przystąpienia do udziału w projekcie pn: „Kompleksowe usługi opiekuńcze w Powiecie Miasta Sosnowiec”, 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. …….. Czytelny podpis	

Forma wsparcia dla Uczestnika Projektu	
Obowiązkowe warsztaty socjalno-opiekuńcze dla opiekunów osób niesamodzielnych zgłoszonych do projektu	☐

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 opiekuna faktycznego