Załącznik nr 1a do Regulaminu uczestnictwa w projekcie „Deinstytucjonalizacja i rozwój opieki hospicyjnej w Powiecie Miasta Sosnowiec"

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Uwaga! Przed rozpoczęciem wypełniania formularza zgłoszeniowego do projektu, należy zapoznać się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie pn. **„Deinstytucjonalizacja i rozwój opieki hospicyjnej w Powiecie Miasta Sosnowiec"**

W przypadku problemów z wypełnieniem formularza, można skorzystać z pomocy w siedzibie Hospicjum w Sosnowcu, ul. Mjr Henryka Hubala-Dobrzańskiego 131, pokój **B54**, nr tel.: **32/832-94-00 wew. 406**

Pola wyboru ☐ oznacza się znakiem X.

Oś priorytetowa	FESL.07.00-Fundusze Europejskie dla społeczeństwa
Działanie	FESL.07.06-Usługi zdrowotne

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);*	☐ DEGURBA 1 ☐ DEGURBA 2

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 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
Osoba kwalifikująca się do opieki hospicjum domowego – skierowanie lekarskie	☐ TAK ☐ NIE
Osoba objęta opieką hospicjum domowego	☐ TAK ☐ NIE
Osoba mieszkająca z opiekunem faktycznym	☐ TAK ☐ NIE
Osoba mieszkająca sama z opiekunem faktycznym dojeżdżającym	☐ TAK ☐ NIE

Osoba samotna	☐ TAK ☐ NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, np. ☐ osoba korzystająca ze świadczeń lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem na podstawie art. 7 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj: spełniająca przesłankę (oprócz w/w): ☐ ubóstwa; ☐ sieroctwa; ☐ długotrwałej lub ciężkiej choroby ☐ przemocy w rodzinie; ☐ bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; ☐ trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Polsce status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; ☐ zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, ☐ osoba korzystające z PO PŻ *(Należy załączyć odpowiednie zaś. z Ośrodka Pomoc Sp.)*	☐ TAK – proszę zakreślić ☐ NIE ☐ ODMAWIAM ODPOWIEDZI

Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia	
Jestem osobą z chorobą nowotworową, po zakończonym leczeniu przyczynowym, niesamodzielną ze względu na postępującą chorobę lub niepełnosprawność, wymagam opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego *(Załączyć odpowiednie zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia w przypadku osób niesamodzielnych).* …… Czytelny podpis.	☐ TAK ☐ NIE
Oświadczam, że nie korzystam obecnie z usług opiekuńczych, wytchnieniowych, sąsiedzkich, oferowanych przez inne ośrodki. W momencie chęci skorzystania z takich usług w innym ośrodku niezwłocznie o tym poinformuję Hospicjum Sosnowieckie. …… Czytelny podpis.	
Aktualne potrzeby dotyczące wsparcia :	
Dane Opiekuna Faktycznego uczestnika projektu *(Opiekun faktyczny – osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny)* …… *(imię i nazwisko opiekuna faktycznego, nr telefonu)*	
Forma wsparcia preferowana przez Uczestnika Projektu (proszę zaznaczyć formę wsparcia , z której Pan/Pani chciałaby skorzystać ze względu na swoją sytuację życiową) Wizyty opiekuna medycznego w tygodniu 1 raz w tyg. / 2 razy w tyg. (zaznaczyć) Wizyty opiekuna medycznego w dni wolne Tak / Nie Wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego jako wsparcie w/w usługi Tak / Nie (jaki sprzęt: ……)	

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*	
Uwagi osoby przyjmującej zgłoszenie do projektu. ……. ……. Miejscowość, data podpis	