

Formularz kwalifikacyjny

Uwaga! Przed rozpoczęciem wypełniania formularza kwalifikacyjnego do wsparcia w postaci usług społecznych, należy zapoznać się z Regulaminem korzystania z usług społecznych w ramach trwałości projektu pn. „Niesprawność nie musi być barierą – kompleksowe działania opiekuńcze dla osób 60+”.

W przypadku problemów z wypełnieniem formularza, można skorzystać z pomocy Pracownika socjalnego CUS w Sosnowcu, ul. Mjr Henryka Hubala-Dobrzańskiego 131, pokój **B16/17**, 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 | |

| | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 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 substandardowych (spowodowanych niskim stanem technicznym budynku, niedostatecznym wyposażeniem mieszkania w instalacje oraz nadmiernym zaludnieniem mieszkania) | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Osoba z niepełnosprawnościami, <u>(Należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia)</u> | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI |
| Osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego <u>(Należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia)</u> | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie bez osób pracujących - w którym żadna z osób nie pracuje; wszyscy członkowie rodziny są bezrobotni albo bierni zawodowo. | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie bez osób pracujących (samotna) | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie bez osób pracujących w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <i>(dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są biernie zawodowo oraz mieszkają z rodzicem)</i> | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, np. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> która nie ukończyła szkoły podstawowej <i>(i jest w wieku pozaszkolnym)</i>; <input type="checkbox"/> uzależniona od alkoholu i/lub narkotyków; <input type="checkbox"/> byli więźniowie; <input type="checkbox"/> 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): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ubóstwa; | <input type="checkbox"/> TAK – proszę zakreślić |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sieroctwa; <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby (<u>Należy załączyć odpowiednie zaświadczenie od lekarza</u>); <input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; <input type="checkbox"/> 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 2013r. o cudzoziemcach; <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej, <input type="checkbox"/> osoba pochodząca z obszarów wiejskich; <input type="checkbox"/> osoba korzystające z PO PŻ (<u>Należy załączyć odpowiednie zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej</u>) | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI |
|--|--|

| 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>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 we wsparciu w ramach trwałości projektu pn: Niesprawność nie musi być barierą – kompleksowe działania opiekuńcze dla osób 60+, nie jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności (nie dotyczy osób objętych dozorem elektronicznym). Zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania Realizatora o zmianie statusu w tym zakresie w trakcie mojego udziału we wsparciu.</p> <p>..... Czytelny podpis</p> | |

| Forma wsparcia preferowana przez kandydata/-tkę (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 zamieszkania | <input type="checkbox"/> |
| Usługi Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej z elementami opieki | <input type="checkbox"/> |

Opis sytuacji życiowej kandydata/-tki:

| | | | |
|----|-----------------------------|---|--------------------------|
| 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 | <input type="checkbox"/> |
| 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 niesamodzielnosci | Niesamodzielnosc w następujących czynnościach życiowych: | |

| | |
|--|--|
| | |
| <p>5. Inne ważne czynniki życiowe</p> <p>(Proszę opisać w kilku zdaniach co jest dla Państwa istotne)</p> | |

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 kandydata/-tki 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.*