

Formularz zgłoszeniowy

Uwaga! Przed rozpoczęciem wypełniania formularza zgłoszeniowego do projektu, należy zapoznać się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie pn. „Usługi społeczne dla osób niesamodzielnych w Zagłębiowskim Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-Psychologicznego”

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:	9.2.1 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych - ZIT

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) 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)</p>	
	<input type="checkbox"/> DEGURBA 1 <input type="checkbox"/> DEGURBA 2 <input type="checkbox"/> DEGURBA 3 <i>(zaznaczyć właściwe)</i>

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 * 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.: <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; 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.
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

<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 korzystająca z PO PŻ (<u>Należy załączyć odpowiednie zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej</u>)	<input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI
---	--

Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia	
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 niesamodzielnymi (skala Barthel)</u>)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
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>) (imię i nazwisko uczestnika projektu)	<input type="checkbox"/> TAK (proszę podać imię i nazwisko uczestnika projektu) <input type="checkbox"/> NIE
Pełnię funkcję opiekuna faktycznego osoby niepełnosprawnej, starszej, chorej, niesamodzielną lub w inny sposób wykluczonej lub zagrożonej wykluczeniem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
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>)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, iż w chwili przystąpienia do udziału w projekcie pn: Usługi społeczne dla osób niesamodzielnymi w Zagłębiowskim Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-Psychologicznego , 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	

Hospicjum Sosnowieckie im. Św. Tomasza Ap.

„Usługi społeczne dla osób niesamodzielnymi w Zagłębiowskim Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-Psychologicznego”

Projekt współfinansowany ze środków

Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Nr umowy o dofinansowanie UDA-RPSL.09.02.01-24-02E2/19

Forma wsparcia preferowana przez kandydata/-tkę (proszę zaznaczyć formę wsparcia , z której Pan/Pani chciałaby skorzystać ze względu na swoją sytuację życiową)	
Klub aktywnego seniora dla osób starszych i niesamodzielnych	<input type="checkbox"/>
Świadczenie usług opiekuńczych w Dziennym Domu Opieki	<input type="checkbox"/>
Świadczenie usług opiekuńczych w ośrodku całodobowym	<input type="checkbox"/>
Świadczenie usług asystenckich w środowisku dla niepełnosprawnych osób niesamodzielnych	<input type="checkbox"/>
Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania	<input type="checkbox"/>
Wsparcie edukacyjne i doradcze dla opiekunów w opiece nad osobami niesamodzielnymi	<input type="checkbox"/>
Indywidualne poradnictwo dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym	<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 niesamodzielności	Niesamodzielność w następujących czynnościach życiowych:	

Hospicjum Sosnowieckie im. Św. Tomasza Ap.
„Usługi społeczne dla osób niesamodzielnych w Zagłębiowskim Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-Psychologicznego”

Projekt współfinansowany ze środków
Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
Nr umowy o dofinansowanie UDA-RPSL.09.02.01-24-02E2/19

		□
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 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.*

Hospicjum Sosnowieckie im. Św. Tomasza Ap.
„Usługi społeczne dla osób niesamodzielnych w Zagłębiowskim Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-
Psychologicznego”
Projekt współfinansowany ze środków
Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
Nr umowy o dofinansowanie UDA-RPSL.09.02.01-24-02E2/19

Hospicjum Sosnowieckie im. Św. Tomasza Ap.
„Usługi społeczne dla osób niesamodzielnych w Zagłębiowskim Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-
Psychologicznego”
Projekt współfinansowany ze środków
Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
Nr umowy o dofinansowanie UDA-RPSL.09.02.01-24-02E2/19