

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE „ZAOPIEKOWANI”

Dane podstawowe

Imię (imiona).....

Nazwisko.....

Płeć (zaznaczyć krzyżykiem) Kobieta Mężczyzna

Data urodzenia..... Wiek.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

Ulica..... Nr domu..... Nr lokalu.....

Nazwa miejscowości..... Kod pocztowy

Miejscowość (zaznaczyć krzyżykiem) miasto wieś

Gmina.....

Powiat.....

Województwo.....

Dane kontaktowe

Telefon domowy..... Telefon komórkowy.....

Adres poczty elektronicznej.....

Dane dodatkowe

Wykształcenie (zaznaczyć krzyżykiem):

niższe niż podstawowe (ISCED 0) ponadgimnazjalne (ISCED 3)

podstawowe (ISCED 1) policealne (ISCED 4)

gimnazjalne (ISCED 2) wyższe (ISCED 5-8)

Status uczestnika

osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym tj. **osoba niesamodzielna**¹ (w tym osoby niepełnosprawne).

Formy wsparcia

Deklaruję chęć skorzystania z następujących form wsparcia (zaznaczyć krzyżykiem):

usługi opiekuńcze (zwykłe),

usługi opiekuńcze w ramach tzw. „opieki wytchnieniowej”,

usługi asystenckie zwiększające mobilność, autonomię i bezpieczeństwo osób z niepełnosprawnością ruchową (poruszających się na wózku inwalidzkim) lub niewidomych/niedowidzących (pies asystujący).

¹ Osoba niesamodzielna – osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Informacje dodatkowe i oświadczenia

1. Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną² – posiadającą orzeczenie ZUS lub PZOON (zaznaczyć krzyżykiem):

- TAK
 NIE

2. Oświadczam, że jestem osobą z umiarkowanym lub znacznym stopniem niepełnosprawności (zaznaczyć krzyżykiem):

- TAK
 NIE

3. Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą niepełnosprawną intelektualnie lub osobą z całkowitymi zaburzeniami rozwojowymi (zaznaczyć krzyżykiem):

- TAK
 NIE

4. Oświadczam, że jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego (zaznaczyć krzyżykiem):

- TAK
 NIE

5. Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (zaznaczyć krzyżykiem):

- TAK
 NIE

6. Oświadczam, że mój dochód w przeliczeniu na jedną osobę w rodzinie lub na osobę samotnie gospodarującą nie przekracza 150% kryterium dochodowego dla pomocy społecznej (zaznaczyć krzyżykiem):

- TAK
 NIE

7. Jestem osobą zamieszkałą na obszarach zdegradowanych wyznaczonych w Gminnym Programie Rewitalizacji (Bocianowo-Śródmieście-Stare Miasto, Okole, Wilczak-Jary, Zimne Wody-Czersko Polskie, Stary Fordon, Brdyujście, Łęgnowo, Łęgnowo Wieś, Smukała-Oplawiec-Janowo) (zaznaczyć krzyżykiem):

- TAK
 NIE

8. W przypadku dodatkowych potrzeb organizacyjnych wynikających z niepełnosprawności prosimy o podanie poniżej takiej informacji:

.....
.....

9. Imię i nazwisko pracownika socjalnego:

Nr telefonu do pracownika socjalnego:

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu³

² Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172, z późn. zm.).

³ W przypadku, jeśli karta zgłoszeniowa dotyczy osoby małoletniej i/lub częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionej lub niebędącej w stanie się podpisać, formularz powinien zostać podpisany przez osobę sprawującą opiekę, opiekuna prawnego/faktycznego.