

Data wpływu formularza: .....

Załącznik nr 1  
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie  
„Rozwój usług społecznych na terenie Gminy Czarna Dąbrówka”

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

### do projektu „Rozwój usług społecznych na terenie Gminy Czarna Dąbrówka”

#### I. DANE KANDYDATA (uzupełnij oraz zaznacz właściwe)

NAZWISKO I IMIĘ (IMIONA)		
PESEL		
PŁEĆ		<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
DATA URODZENIA		
WIEK (W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU)		
WYKSZTAŁCENIE		<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne: zawodowe/średnie* (zaznacz właściwe) <input type="checkbox"/> pomaturalne/ policealne <input type="checkbox"/> wyższe
Adres zamieszkania	WOJEWÓDZTWO	
	POWIAT	
	GMINA	
	MIEJSCOWOŚĆ	
	ULICA	
	NR BUDYNKU/ LOKALU	
	KOD POCZTOWY	
NR TELEFONU, E-MAIL		

#### II. SYTUACJA ZDROWOTNA (zaznacz właściwe)

Oświadczam, że:	
JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
POSIADAM ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W STOPNIU	<input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności (w przypadku osób do 16 roku życia)
JESTEM OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

<sup>4</sup> Osoba z niepełnosprawnością - osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 2046 z późn. zm.) lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 882 z późn. zm), tj. osoba:

- a) chora psychicznie (wykazującej zaburzenia psychiatryczne),  
 b) upośledzona umysłowo,  
 c) wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

<sup>5</sup> **Osoba niesamodzielna - osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** to osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

### III. FORMY WSPARCIA W PROJEKCIE (zaznacz wszystkie właściwe)

FORMA WSPARCIA	Oświadczam, że jestem zainteresowany udziałem w następujących formach wsparcia:
<b><u>WSPARCIE DLA SENIORÓW 60+</u></b>	
Placówka wsparcia dziennego - Klub Seniora:	
- warsztaty dietetyczne	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- warsztaty teatralne	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- warsztaty z rehabilitantem	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- warsztaty umiejętności społecznych, komunikacji, radzenia sobie ze stresem	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- gimnastyka dla seniora	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- warsztaty kulinarne	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- zajęcia z arteterapii	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- zajęcia artystyczno – rękodzielnicze	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- kurs pierwszej pomocy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- spotkanie/pogadanka z policjantem	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- poradnictwo prawne	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- spotkanie z lekarzem geriatrą	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- działania animacyjne (imprezy, wyjazdy)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjno-wspomagającego	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b><u>WSPARCIE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH/NIESAMODZIELNYCH</u></b>	
Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Specjalistyczne usługi opiekuńcze (rehabilitacja)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Teleopieka	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjno-wspomagającego	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Zajęcia animacyjne	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Zajęcia ruchowe	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Warsztaty z rękodziela	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Działania integracyjne (imprezy, spotkania, wyjazdy)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b><u>WSPARCIE DLA RODZICÓW/OPIEKUNÓW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH</u></b>	
Poradnictwo specjalistyczne	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Poradnictwo specjalistyczne indywidualne (usługa coacha)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Grupa wsparcia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Kurs pierwszej pomocy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Opieka wytchnieniowa	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Zajęcia ruchowe	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Warsztaty z rękodzieła	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Działania integracyjne (imprezy, spotkania, wyjazdy)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>WSPARCIE DLA RODZIN MAJĄCYCH PROBLEMY W PEŁNIENIU FUNKCJI WYCHOWAWCZYCH</b>	
Wyjazd na basen	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Spotkania z dietetykiem	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Zajęcia grupowe z aktywności fizycznej z trenerem	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Warsztaty grupowe kulinarne dla rodzin	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Poradnictwo specjalistyczne dla rodziców	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wyjazd integracyjny (kręgle)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Diagnoza zaburzeń sensorycznych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Zajęcia sensoryczne dla dzieci z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

#### IV. KRYTERIA KWALIFIKOWALNOŚCI DO PROJEKTU (zaznacz wszystkie właściwe)

<b>Oświadczam, że spełniam następujące kryteria kwalifikowalności do projektu:</b>	
<b>KRYTERIA DLA WSZYSTKICH UCZESTNIKÓW (FORMALNE)</b>	
Mieszkam na obszarze Gminy Czarna Dąbrówka	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jestem osobą zagrożoną ubóstwem i/lub wyklucz. społ. zgodnie z ust. z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej z terenu Gminy Czarna Dąbrówka	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Należę do przynajmniej 1 grupy odbiorców: <ul style="list-style-type: none"> <li>– seniorzy (wiek 60+)</li> <li>– osoby niepełnosprawne/niesamodzielne</li> <li>– rodzice/opiekunowie osób niepełnosprawnych</li> <li>– rodziny z problemami wychowawczymi</li> </ul>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>KRYTERIA PUNKTOWE</b>	
Mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie <b>jest równy bądź mniejszy niż 150% kryterium dochodowego</b> , o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie <b>mieści się w zakresie od 150% do 250% kryterium dochodowego</b> , o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie <b>jest wyższy niż 250% kryterium dochodowego</b> , o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jestem osobą/rodziną zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczających wielokrotnie wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż 1 z przesłanek, o których mowa w rozdz. 3 Wytycznych, w	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społ. i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014- 2020	
Korzystam/kwalifikuję się do wsparcia programu operacyjnego pomoc żywnościowa <sup>7</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz z niepełnosprawnością sprzężoną, z zaburzeniami psychicznymi, z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jestem osobą mieszkającą samotnie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

<sup>6</sup> **Kwalifikowanie się do wsparcia z pomocy społecznej** - dochód nie przekracza 150% kryterium dochodowego, czyli 1051,50zł na osobę w przypadku gospodarstw jednoosobowych lub, w przypadku wieloosobowych gospodarstw domowych, nie przekracza 792 zł na osobę w rodzinie.

<sup>7</sup> **Kwalifikowanie się do wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa** - dochód nie przekracza 200% kryterium dochodowego, dochód nie przekracza 1402 zł na osobę w przypadku gospodarstw jednoosobowych lub w przypadku wieloosobowych gospodarstw domowych, nie przekracza 1056 zł na osobę w rodzinie.

<sup>8</sup> **Orzeczonego stopień niepełnosprawności** – orzeczenie wydane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne wydane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub Ministerstwo Obrony Narodowej lub Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji.

#### IX. INNE:

**Czy ma Pan(i) specjalne potrzeby związane z uczestnictwem w projekcie?**

tak, (jakie?) .....

nie

#### V. OŚWIADCZENIA

*Oświadczam, że:*

- zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki;
- zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i Formularzu zgłoszeniowym jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie;
- zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt pt. „Rozwój usług społecznych na terenie Gminy Czarna Dąbrówka” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej 6. Integracja, Działanie 6.2 Usługi społeczne Poddziałanie 6.2.2 Rozwój usług społecznych
- zawarte w formularzu dane są prawdziwe i jednocześnie zobowiązuje się do poinformowania o zmianie jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu.

.....  
(data i czytelny podpis)