Data wpływu formularza: …………………………..

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**/ZAKRES DANYCH UCZETNIKA/CZKI**

**w projekcie „Usteckie Centrum Usług Społecznych Plus”**

**PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE**

**I. DANE KANDYDATA I DANE KONTAKTOWE** (uzupełnij oraz zaznacz właściwe)

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWISKO I IMIĘ (IMIONA)** |  |
| **PESEL** |  |
| **PŁEĆ** |  **Kobieta**  **Mężczyzna** |
| **DATA URODZENIA** |  |
| **WIEK W CHWILI PRZYTĄPIENIA DO PROJEKTU** |  |
|  |  |
| **WYKSZTAŁCENIE** | * **NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE ISCED 0 (dotyczy osób, które nie ukończyły szkoły podstawowej i są powyżej wieku, w którym uzyskuje się wykształcenie podstawowe) oraz dzieci uczestniczące w wychowaniu przedszkolnym)**
* **PODSTAWOWE – poziom ISCED 1 (dotyczy również dzieci, które rozpoczęły szkołę podstawową w wieku 6-7lat i kontynuują naukę)**
* **GIMNAZJALNE – poziom ISCED 2**
* **PONADGIMNAZJALNE – poziom ISCED 3 (zasadnicze szkoły zawodowe, licea ogólnokształcąca, licea profilowane, technika oraz ogólnokształcące szkoły artystyczne dające uprawnienia zawodowe)**
* **POMATURALNE/POLICEALNE - poziom ISCED 4 (szkoły policealne, z wyjątkiem kolegiów nauczycielskich i nauczycielskich kolegiów języków obcych)**
* **WYŻSZE – poziom ISCED 5 (studia)**

*Stopień uzyskanego wykształcenia jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie. Osoby przystępujące do projektu należy wykazać raz uwzględniając najwyższy ukończony poziom ISCED.* |
| **Adres zamieszkania** | **WOJEWÓDZTWO**  |  |
| **POWIAT**  |  |
| **GMINA** |  |
| **MIEJSCOWOŚĆ**  |  |
| **OBSZAR** |  **Miasto**  **Wieś** |
| **ULICA**  |  |
| **NR BUDYNKU** |  |
| **NR LOKALU** |  |
| **KOD POCZTOWY** |  |
| **NR TELEFONU** |  |
| **E-MAIL** |  |

**II. STATUS I SYTUACJA KANDYDATA:**

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że:** |
| **STATUS NA RYNKU PRACY** |  osoba bezrobotna długotrwale bezrobotna osoba bierna zawodowa osoba pracująca |
| **MIEJSCE ZAMIESZKANIA ZGODNIE Z KODEKSEM CYWILNYM – MIASTO USTKA** |  tak  nie***W przypadku zaznaczenia TAK, należy dołączyć do formularza dokumenty, o których mowa w Regulaminie*** |
| **JESTEM OSOBĄ POTRZEBUJĄCĄ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU** TZN: OSOBĄ, KTÓRA Z POWODU WIEKU, STANU ZDROWIA, NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WYMAGA OPIEKI LUB WSPARCIA W ZWIĄZKU Z NIEMOŻNOŚCIĄ SAMODZIELNEGO WYKONYWANIA CO NAJMNIEJ JEDNEJ Z PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI DNIA CODZIENNEGO |  tak  nie***W przypadku zaznaczenia TAK, należy dołączyć do formularza dokumenty, o których mowa w Regulaminie*** |
| **JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI** |  tak  nie***W przypadku zaznaczenia TAK, należy dołączyć do formularza dokumenty, o których mowa w Regulaminie*** |
| **POSIADAM ORZECZENIE O UMIARKOWANYM LUB ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |  tak  nie ***W przypadku zaznaczenia TAK, należy dołączyć do formularza dokumenty, o których mowa w Regulaminie*** |
| **JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ SPRZĘŻONĄ** |  tak  nie***W przypadku zaznaczenia TAK, należy dołączyć do formularza dokumenty, o których mowa w Regulaminie*** |
| **JESTEM OSOBĄ BORYKAJĄCĄ SIĘ Z CHOROBĄ PSYCHICZNĄ** |  tak  nie***W przypadku zaznaczenia TAK, należy dołączyć do formularza dokumenty, o których mowa w Regulaminie*** |
| **JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ** |  tak  nie***W przypadku zaznaczenia TAK, należy dołączyć do formularza dokumenty, o których mowa w Regulaminie*** |
| **JESTEM OSOBĄ Z CAŁOŚCIOWYMI ZABURZENIAMI ROZWOJOWYM, W TYM:** |  tak (wg ICD10) – NALEŻY ZAZNACZYĆ WLAŚCIWĄ JEDNOSTKĘ:* F84.0 Autyzm dziecięcy
* F84.1 Autyzm atypowy
* F84.2 Zespół Retta
* F84.3 Inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne
* F84.4 Zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi
* F84.5 Zespół Aspergera
* F84.8 Inne całościowe zaburzenia rozwojowe
* F84.9 Całościowe zaburzenia rozwojowe, nieokreślone

 nie***W przypadku zaznaczenia TAK, należy dołączyć do formularza dokumenty, o których mowa w Regulaminie*** |
| **KORZYSTAM PROGRAM FE POMOC ŻYWNOŚCIOWA** |  tak  nie***W przypadku zaznaczenia TAK, należy dołączyć do formularza dokumenty, o których mowa w Regulaminie*** |
| **JESTEM OSOBĄ MIESZKAJĄCĄ SAMOTNIE** |  tak  nie***W przypadku zaznaczenia TAK, należy dołączyć do formularza dokumenty, o których mowa w Regulaminie*** |
| **JESTEM OSOBĄ ZAMIESZKUJĄCĄ WSPÓLNIE Z INNYMI CZŁONKAMI RODZINY, WSPÓLNIE GOSPODARUJĄCA** |  tak, proszę podać ilość osób w rodzinie: ……………………..w tym dzieci:……, w wieku: …………………………. nie***W przypadku zaznaczenia TAK, należy dołączyć do formularza dokumenty, o których mowa w Regulaminie*** |
| **JESTEM OSOBĄ OPIEKUJĄCĄ SIĘ OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ (OPIEKUNEM FAKTYCZNYM)**  |  tak (proszę podać nad kim sprawuje opiekę, np. mama, tata) ………………………………….  nie***W przypadku zaznaczenia TAK, należy dołączyć do formularza dokumenty, o których mowa w Regulaminie*** |
| **JESTEM OSOBĄ OBCEGO POCHODZENIA** |  tak  nie***W przypadku zaznaczenia TAK, należy dołączyć do formularza dokumenty, o których mowa w Regulaminie*** |
| **POCHODZĘ Z KRAJÓW TRZECICH (SPOZA UE)** |  tak  nie***W przypadku zaznaczenia TAK, należy dołączyć do formularza dokumenty, o których mowa w Regulaminie*** |
| **NALEŻĘ DO MNIEJSZOŚCI, W TYM SPOŁECZNOŚCI MARGINALIZOWANYCH (m.in. białoruska, czeska, litewska,niemiecka,ormiańska,rosyjska, słowacka,ukraińska,żydowska), mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska,tatarska)** |  tak, proszę podać grupę ………………………  nie***W przypadku zaznaczenia TAK, należy dołączyć do formularza dokumenty, o których mowa w Regulaminie*** |
| **JESTEM OSOBĄ W KRYZYSIE BEZDOMNOŚCI, DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ LUB ZAGROŻONA BEZDOMNOŚCIĄ (W ZAKRESIE WSPARCIA MIESZKANIOWEGO):** |  tak  nie***W przypadku zaznaczenia TAK, należy dołączyć do formularza dokumenty, o których mowa w Regulaminie*** |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMA WSPRACIA** | **Oświadczam, że**  **jestem zainteresowany udziałem w następujących formach wsparcia:** | **Oświadczam, że**  **aktualnie korzystam z następujących formach wsparcia:** |
| **WSPARCIE DLA OSÓB NIESAMODZIELNYCH** |
| **USŁUGI OPIEKUŃCZE** |  tak nie |  tak nie |
| **SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE** |  tak, (jakie?)…………………………….. nie |  tak, (jakie?) ……………..…………………………….. nie |
| **USŁUGI ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ** |  tak nie |  tak nie |
| **TRANSPORT OSÓB DO SPECJ.,POZ, NA REHABILITACJĘ** |  tak nie |  tak nie |
| **PORADNICTWO SPECJALISTYCZNE INDYWIDUALNE** |  tak – psychologiczne tak – socjalne tak – prawne tak – informacyjne tak – dietetyczne tak – podologiczne nie |  tak – psychologiczne tak – socjalne tak – prawne tak – informacyjne tak – dietetyczne tak – podologiczne nie |
| **ELEKTRONICZNY DYSPENSER LEKÓW** |  tak nie |  tak nie |
| **USŁUGI PIELĘGNIARSKIE KRÓTKOTERMINOWE** |  tak nie |  tak nie |
| **WYPOŻYCZALNIA SPRZĘTU MEDYCZNO – PIELĘGNACYJNO – REHABILITACYJNEGO** |  tak nie |  tak nie |
| **KLUB PACJENTA (DLA DOROSŁYCH OS.W KRYZYSIE PSYCHICZNYM, Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI)** |  tak nie |  tak nie |
| **KLUB WSPARCIA (DLA DOROSŁYCH OSÓB Z NIEPEŁNOPSRAWNOSCIAMI)** |  tak nie |  tak nie |
| **AKTYWNY KLUB SENIORA** |  |  |
| **TELEOPIEKA** |  tak nie |  tak nie |
| **OPIEKA DŁUGOTERMINOWA - WSPARCIE PIELĘGNIARKI (POWYŻEJ 60 DNI W ROKU)** |  tak nie |  tak nie |
| **USŁUGI „ZŁOTEJ RĄCZKI”** |  tak nie |  tak nie |
| **WOLONTARIAT – POMOC DLA UCZESTNIKÓW/CZEK** |  tak nie |  tak nie |
| **WSPARCIE DLA OPIEKUNÓW OSÓB NIESAMODZIELNYCH** |
| **OPIEKA WYTCHNIENIOWA** |  tak nie |  tak nie |
| **WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE**  |  tak nie |  tak nie |
| **WSPARCIE EDUKACYJNE DLA OPIEKUNÓW** |  tak, (jakie?) ……………..…………………………….. nie |  tak, (jakie?) ……………..…………………………….. nie |
| **PORADNICTWO INDYWIDUALNE DLA OPIEKUNÓW** |  tak – psychologiczne tak – dietetyczne tak – rodzinne tak – socjalne tak – informacyjne nie |  tak – psychologiczne tak – dietetyczne tak – rodzinne tak – socjalne tak – informacyjne nie |
| **WSPARCIE DLA RODZIN** |
| **POMOC PSYCHOLOGICZNA** |  tak nie |  tak nie |
| **PORADNICTWO SPECJALISTYCZNE INDYWIDUALNE** |  tak – dietetyczne tak – rodzinne tak – zawodowe nie |  tak – dietetyczne tak – rodzinne tak – zawodowe nie |
| **GRUPA WSPARCIA LUB GRUPA SAMOPOMOCOWA** |  tak, (zakres tematyczny grupy) …………………..…………………………….. …………………………….. nie |  tak, (jakie?) ……………..…………………………….. …………………………….. nie |
| **WARSZTATY DLA RODZICÓW W ZAKRESIE KOMPETENCJI RODZICIELSKICH** |  tak, (jakie?) ……………..…………………………….. …………………………….. nie |  tak, (jakie?) ……………..…………………………….. …………………………….. nie |
| **WARSZTATY PROFILAKTYCZNE I DORADZTWO INDYWIDUALNE** |  tak nie |  tak nie |
| **WARSZTATY Z PIERWSZEJ POMOCY DLA RODZICÓW** |  tak nie |  tak nie |
| **WARSZTATY Z ZAKRESU EDUKACJI FINANSOWEJ DLA RODZICÓW** |  tak nie |  tak nie |
| **PLACÓWKA WSPARCIA DZIENNEGO- UCZESTNICTWO DZIECI W PLACÓWCE** |  tak nie |  tak nie |

|  |
| --- |
| **Czy ma Pan(i) specjalne potrzeby związane z uczestnictwem w projekcie?** *(np.: realizacja zajęć w miejscu dostosowanym do osób poruszających się na wózku inwalidzkim, wypożyczenie sprzętu – wózek, balkonik itp.* tak, (jakie?) ………………………………………………………………………………………  nie |

**IV. 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/zakresie danych uczestnika/czki jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie, tzn. spełniam kryteria;*

*– zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt pt. „Usteckie Centrum Usług Społecznych Plus” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Funduszy Europejskich dla Pomorza na lata 2021 - 2027,*

*– mieszkam w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie Miasta Ustka (powiat słupski, województwo pomorskie);*

*- wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych z ww. projektem drogą telefoniczną i/lub listową.*

*- zobowiązuję się do informowania o wszelkich zaistniałych zmianach, w szczególności mających wpływ na treść wydanych oświadczeń i zmianach kontaktowych.*

*- jestem świadomy/świadoma, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest jednoznaczne z przyjęciem mnie do Projektu.*

*- oświadczam, że wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych związanych z realizacją Projektu, w tym również po zakończeniu projektu.*

*- w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie zobowiązuję się do dostarczenia wszelkich dokumentów potwierdzających dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym*

*- oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie mojego wizerunku w ramach udziału w projekcie.*

*- w przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów potwierdzających sytuację społeczną po opuszczeniu programu do 4 tygodni oraz 3 miesięcy od zakończenia uczestnictwa w projekcie,*

*– zawarte w formularzu dane są prawdziwe i jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania o zmianie jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu.*

***…………………………….…………………***

 (data i czytelny podpis kandydata/uczestnika/opiekuna prawnego)