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)