

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji projektu „Centrum Usług Środowiskowych w powiecie wieluńskim”

Data złożenia	Numer formularza

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Centrum Usług Środowiskowych w powiecie wieluńskim” realizowanym w okresie od 01.01.2019 r. do 31.12.2020 r. przez partnerów:

- 1) Gminę Osjaków/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Osjakowie – Partnera Wiodącego
- 2) Gminę Wieluń/Miejsko- Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wieluniu – Partnera
- 3) Powiat Wieluński/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wieluniu – Partnera
- 4) Fundację na Rzecz Rozwoju Powiatu Wieluńskiego z siedzibą w Wieluniu – Partnera

Celem projektu jest zwiększenie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych, ograniczających ubóstwo i wykluczenie społeczne, poprzez utworzenie i prowadzenie na terenie powiatu wieluńskiego w okresie od 01.01.2019 r. do 31.12.2020 r. 73 miejsc świadczenia usług społecznych dla 125 osób (64K i 61M) w formie: asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej dla 12 mieszkańców gminy Wieluń (6K i 6M) i 6 mieszkańców gminy Osjaków (4K i 2 M), sąsiedzkich usług opiekuńczych (1K i M) dla mieszkańców Gminy Osjaków, świetlicy środowiskowej dla 30 mieszkańców gminy Wieluń (15Ki 15M), 15 mieszkańców Gminy Osjaków (8Ki7M), Klubu Seniora dla 20 mieszkańców gminy Osjaków (10K i 10M), wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego dla 40 mieszkańców (20K i 20M) powiatu wieluńskiego oraz wsparcie 16 opiekunów faktycznych osób niesamodzielnych z powiatu wieluńskiego (12K i 4M) poprzez doradztwo psychologiczne i szkolenia.

Warunkiem rozpatrzenia formularza jest wypełnienie wszystkich wymaganych pól.

Należy zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru (np. tak, nie). Każde pole powinno być wypełnione (zaznaczone tak lub nie). Złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.

Proszę wypełnić drukowanymi literami



<b>Imię/imiona</b>		
<b>Nazwisko</b>		
<b>Data urodzenia</b>		
<b>Płeć (Kobieta/Mężczyzna)</b>		
<b>PESEL</b>		
<b>OSOBA NIESAMODZIELNA (niewłaściwe skreślić)</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Wykształcenie</b>	Brak	
	Podstawowe	
	Gimnazjalne	
	Ponadgimnazjalne	
	Pomaturalne	
	Wyższe	



Czy znajduje się Pani /Pan w sytuacji powodującej zagrożenie wykluczeniem społecznym ?(niewłaściwe skreślić)	TAK	NIE
<p><b>W PRZYPADKU ZAZNACZENIA KOLUMNY „TAK” PROSZĘ ZAZNACZYĆ POWODY WYKLUCZENIA (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)</b></p>	1) ubóstwo	
	2) sieroctwo	
	3) bezdomność;	
	4) bezrobocie;	
	5) niepełnosprawność;	
	6) długotrwała lub ciężka choroba;	
	7) przemoc w rodzinie;	
	8) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;	
	9) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;	
	10) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;	
	11) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej 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 2013 r. o cudzoziemcach;	
	12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;	
	13) alkoholizm lub narkomania;	



	14) zdarzenia losowe i sytuacja kryzysowa;	
	15) klęska żywiołowa lub ekologiczna;	

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA:**

<b>Ulica</b>	
<b>Nr domu</b>	
<b>Nr lokalu</b>	
<b>Miejscowość</b>	
<b>Kod pocztowy</b>	
<b>Obszar (wiejski/miejski)</b>	
<b>Powiat</b>	
<b>Województwo</b>	
<b>Nr Tel. Stacjonarny</b>	
<b>Nr tel. komórkowy</b>	
<b>Adres e-mail</b>	

**Udział w innych projektach finansowanych przez Unię Europejską? .....**

**Jeśli tak to, w jakich? .....**

Skąd dowiedział się Pan/Pani o Projekcie?:

**II DANE UZUPEŁNIAJĄCE**

1. Niepełnosprawność (tak/nie) .....

W przypadku wskazania TAK, do wniosku należy dołączyć dokument potwierdzający niepełnosprawność (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub dokument równoważny)

2. W przypadku ubiegania się o wsparcie, obejmujące zajęcia ruchowe, do wniosku należy dołączyć zaświadczenie od lekarza o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w



zajęciach ruchowych/basen.

**1. Informacja o dochodach (w przypadku wyboru kolumny „TAK” należy podać wysokość dochodów):**

Odpowiedź	Tak	Nie
Renta ZUS		
Renta socjalna		
Renta rodzinna		
Świadczenie pieniężne z pomocy społecznej		
Inne		
SUMA		

**2. Liczba osób w gospodarstwie domowym.....**

.....  
*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

.....  
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> W przypadku, gdy do udziału w projekcie zgłaszana jest osoba małoletnia lub nie mająca zdolności do czynności prawnych, formularz podpisuje rodzic/opiekun prawny