



<b>FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU</b>	
<b>„Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na Śląsku”</b>	
<b>Nr wniosku</b>	<b>FESL.07.04-IZ.01-057F/23-003</b>
<b>Nazwa Programu</b>	<b>Program Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 Europejski Fundusz Społeczny Plus</b>
<b>Beneficjent</b>	<b>CARITAS DIECEZJI SOSNOWIECKIEJ</b>
<b>DANE OSOBOWE PODSTAWOWE</b>	
<b>Imię/Imiona</b>	
<b>Nazwisko</b>	
<b>PESEL (jeżeli osoba nie posiada proszę wpisać BRAK)</b>	
<b>Rodzaj uczestnika</b>	<input type="checkbox"/> Indywidualny <input type="checkbox"/> Pracownik lub przedstawiciel instytucji / podmiotu
<b>Obywatelstwo</b>	<input type="checkbox"/> obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> brak obywatelstwa polskiego - obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> brak obywatelstwa polskiego lub UE
<b>Wykształcenie</b>	<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)
<b>DANE KONTAKTOWE</b>	
<b>Kraj zamieszkania</b>	
<b>Województwo</b>	
<b>Powiat</b>	
<b>Gmina</b>	
<b>Miejscowość</b>	
<b>Kod pocztowy</b>	
<b>Telefon kontaktowy</b>	
<b>Numer telefonu do członka rodziny/innej osoby bliskiej (opcjonalnie)</b>	
<b>Jeżeli ustalony jest opiekun prawny lub opiekun faktyczny proszę podać dane osobowe oraz kontaktowe tej osoby</b>	
<b>Adres e-mail uczestnika lub członka rodziny lub opiekuna</b>	
<b>STATUS UCZESTNIKA</b>	
<b>Osoba obcego pochodzenia</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Osoba państwa trzeciego (poza UE)</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE





Załącznik nr 1 do Regulaminu

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
<b>SPECJALNE POTRZEBY</b>	
Osoba potrzebująca specjalnego wsparcia w projekcie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeśli zaznaczono tak proszę opisać jakie lub zaznaczyć, któreś z poniższych ..... .....	
Zapewnienie tłumacza języka migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową? Jeśli TAK, proszę opisać jakie:.....	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>RODZAJ WSPARCIA W RAMACH PROJEKTU</b>	
<input type="checkbox"/> USŁUGI SĄSIEDZKIE <input type="checkbox"/> SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE	
<b>KWALIFIKOWALNOŚĆ UCZESTNIKA</b>	
Czy na dzień przystąpienia do rekrutacji ukończono 60 rok życia?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy kandydat/ka jest osobą nieaktywną zawodowo?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli TAK – to proszę o wskazanie: <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> bezrobotna <input type="checkbox"/> rencista <input type="checkbox"/> emeryt <input type="checkbox"/> inne
Czy kandydat/ka posiada aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez właściwy organ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Stopień i rodzaj niepełnosprawności, symbol lub powód niepełnosprawności określony w innym dokumencie/organ wydający orzeczenie (np. PZON, ZUS, KRUS, KIZ, MSWiA)	





<b>Czy występuje niepełnosprawność sprzężona (min. 2 przyczyny niepełnosprawności) – jeśli dotyczy</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Czy występują zaburzenia psychiczne?</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Czy występują zaburzenia rozwojowe?</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Czy występuje niepełnosprawność intelektualna</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli TAK – to jaka: ..... .....
<b>Czy kandydat/ka mieszka samotnie czy w w gospodarstwie wieloosobowym</b>	
<b>SAMOTNIE</b> <input type="checkbox"/> Czy posiada wsparcie otoczenia/jakie? ..... .....	<input type="checkbox"/> <b>W GOSPODARSTWIE WIELOOSOBOWYM</b> Czy posiada wsparcie współmieszkańców? Czy są w domu inne osoby niesamodzielne, zależne, starsze,? ..... .....
<b>Sposób poruszania się uczestnika</b>	
osoba leżąca, osoba chodząca w obrębnię mieszkania, osoba wychodząca z domu, osoba mająca problemy z poruszaniem się, inne, Opis sytuacji: ..... .....	
<b>Czy obecnie korzysta Pan(i) z usług sąsiedzkich/opiekuńczych (finansowanych np. z PFRON, MRIPS, EFS, inne)</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli TAK – to prosimy o podanie nazwy Realizatora i nazwy Programu oraz wymiary i zakresu otrzymywanego wsparcia: ..... .....
<b>Czy kandydat/ka jest osobą korzystającą z usług opiekuńczych finansowanych z NFZ</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeżeli tak to w jakim wymiarze godzin rocznie, miesięcznie / tygodniowo ..... .....



<b>Czy kandydat/ka jest osobą zakwalifikowaną do opieki długoterminowej</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
<b>Czy kandydat/ka prowadzi gospodarstwo</b>	<input type="checkbox"/> JEDNOSOBOWE <input type="checkbox"/> WIELOOSOBOWE
<b>Średni dochód miesięczny na osobę w rodzinie mieści się w przedziale:</b>	
<b>GOSPODARSTWO JEDNOSOBOWE</b>	<input type="checkbox"/> do 1 515 zł <input type="checkbox"/> od 1 515,01 zł do 2 525 zł <input type="checkbox"/> od 2 252,01 zł do 3030 zł <input type="checkbox"/> od 3 030,01 zł do 4 040 zł <input type="checkbox"/> powyżej 4 040 zł
<b>GOSPODARSTWO WIELOOSOBOWE</b>	<input type="checkbox"/> do 1234,50 zł <input type="checkbox"/> od 1234,6 zł do 2 057,5 zł <input type="checkbox"/> od 2 057,6 zł do 2 469 zł <input type="checkbox"/> od 2 469,01 zł do 3 292 zł <input type="checkbox"/> powyżej 3 292 zł
<b>Czy kandydat/ka będzie rekomendował osobę zaufaną do świadczenia usług sąsiedzkich/opiekuńczych</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  Imię i nazwisko: .....

### OŚWIADCZENIA

- Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na Śląsku ” oraz zaproponowanych formach wsparcia w projekcie realizowanym przez Caritas Diecezji Sosnowieckiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027, Priorytet FESL.07.00-Fundusze europejskie dla społeczeństwa, Działanie 07.04-Usługi społeczne.
- Zostałem poinformowany/-a, że projekt „Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na Śląsku” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
- Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności do projektu „Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na Śląsku”
- Uprzedzony/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.





5. Oświadczam, że znane mi są zapisy „Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na Śląsku” oraz akceptuję jego postanowienia, w tym warunki uczestnictwa w projekcie.
6. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania mnie do w/w, będąc jego uczestnikiem nie będę korzystać z takiego samego zakresu wsparcia, w takim samym terminie, w innym projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus o tożsamym charakterze, w szczególności realizowanym w ramach Funduszy Europejskich dla Śląskiego 2021-2027, Priorytet FESL.07.00-Fundusze europejskie dla społeczeństwa, Działanie 07.04-Usługi społeczne.
7. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail) na nr telefonu i adres e-mail podane w formularzu zgłoszeniowym
8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na weryfikację przez personel projektu danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym i uprawnionych do tego instytucjach w przypadku takiej konieczności

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**Czytelny podpis kandydata/ki do projektu\***

\*W przypadku gdy Kandydat nie może samodzielnie podpisać dokumentu lub kontakt z nim jest ograniczony ustaleń dokonuje się z Opiekunem prawnym/faktycznym i Opiekun podpisuje formularz zgłoszeniowy.