



Załącznik nr A.1

Formularz zgłoszeniowy dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Projekt „ALMA - Centrum Usług Społecznych w Parczewie”

Prosimy o wypełnianie drukowanymi literami wszystkich pól formularza lub zaznaczenie właściwych opcji.

A. DANE OSOBOWE KANDYDATA									
Nazwisko:					Imię:				
Płeć: ☐ K / ☐ M			Data urodzenia:						
PESEL									/inny identyfikator:
Obywatelstwo: ☐ polskie ☐ brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE ☐ brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec									
Wykształcenie (wg ISCED): ☐ co najwyżej średnie I stopnia (ISCED 0-2) ☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ wyższe (ISCED 5–8) ☐									
B. MIEJSCE ZAMIESZKANIA, DANE KONTAKTOWE									
Kraj		Województwo			Powiat		Gmina		
Pocztą		Kod pocztowy			Miejscowość				
Ulica					Nr domu		Nr lokalu		
Telefon					E-mail				
Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania):									
C. DANE O STATUSIE NA RYNKU PRACY									
☐ Osoba bezrobotna			☐ Osoba bierna zawodowo			☐ Osoba pracująca			
D. STATUS UCZESTNIKA									
a) Osoba z niepełnosprawnościami ☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmawiam podania informacji									
b) Osoba obcego pochodzenia ☐ TAK ☐ NIE									
c) Osoba z kraju trzeciego ☐ TAK ☐ NIE									
d) Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej ☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmawiam podania informacji									



e) Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań ☐ TAK ☐ NIE
Uwaga! Jeżeli zaznaczono TAK, należy załączyć dokument poświadczający status

Specyficzne wymagania/potrzeby związane z udziałem uczestnika niepełnosprawnego w projekcie (dotyczące m.in. zapewnienia tłumacz jęz. migowego asystenta osoby niepełnosprawnością, itp.) ☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli zaznaczono TAK, proszę opisać potrzeby.

E. KRYTERIA KWALIFIKACYJNE

1. Wnioskuję o objęcie mnie w projekcie „**ALMA - Centrum Usług Społecznych w Parczewie**” usługami opiekuńczymi w formie opieki ☐ TAK ☐ NIE
dziennej w Dziennym Domu Pomocy

2. Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, tzn. osoba która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności życia codziennego.

☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli zaznaczono TAK, należy załączyć dokument potwierdzający status, np. zaświadczenie lekarskie lub kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub zaświadczenia z OPS lub oceny wg. skali funkcjonowania codziennego skali Vulnerable Elders Survey 13 (VES-13) lub inny dokument.

3. Jestem osobą pełnoletnią (ukończony 18 r.ż) ☐ TAK ☐ NIE

4. Jestem osobą bierną zawodowo, tj. osobą, która w danym momencie nie pracuje (nie jest zatrudniona) i jednocześnie nie jest zarejestrowana jako bezrobotna, ponieważ nie poszukuje aktywnie pracy lub nie jest gotowa do jej podjęcia. ☐ TAK ☐ NIE

5. Mieszkam na terenie powiatu parczewskiego. ☐ TAK ☐ NIE

6. Nie korzystałem/am dotychczas z usług społecznych realizowanych przez ALMA SIDOR Sp. z o.o. ☐ TAK ☐ NIE

F. KRYTERIA DODATKOWE (PREFERENCYJNE)

1. Wiek 60 lat i więcej (10 pkt.) ☐ TAK ☐ NIE

2. Posiadanie statusu osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności i/lub z niepełnosprawnością sprzężoną i/lub z chorobami psychicznymi i/lub z niepełnosprawnością intelektualną (10 pkt.) ☐ TAK ☐ NIE



*Jeżeli zaznaczono TAK, należy załączyć dokument potwierdzający status,
np. kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.*

I. OŚWIADCZENIA

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem projektu „ALMA - Centrum Usług Społecznych w Parczewie” i zobowiązuję się do udziału w projekcie na warunkach określonych w Regulaminie Projektu.
2. Spełniam kryteria Uczestnika projektu
3. Zostałem/łam poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach EFS+, Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
4. Powyższe dane przedstawione przeze mnie w związku ze zgłoszeniem do projektu odpowiadają stanowi faktycznemu i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych.

Podpis uczestnika

Miejscowość, data

II. ZAŁĄCZNIKI

- a) zaświadczenie lekarskie o statusie osoby potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
- b) kopia orzeczenia o niepełnosprawności
- c) kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
- d) Zaświadczenie OPS o statusie osoby potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
- e) ocena wg. skali funkcjonowania codziennego VES-13
- f) deklaracja uczestnictwa
- g) Inne (jakie?):

Data przyjęcia formularza

Podpis osoby przyjmującej formularz



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



 **lubelskie**
Smałuj życie!