



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



WOJEWÓDZTWO
KUJAWSKO-POMORSKIE



MIASTO
BYDGOSZCZ

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



FORMUŁASZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE „WITALNI”

Dane podstawowe

Imię (imiona).....

Nazwisko.....

Płeć (zaznaczyć krzyżykiem) Kobieta Mężczyzna

Wiek..... Data urodzenia.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

Ulica..... Nr domu..... Nr lokalu.....

Nazwa miejscowości..... Kod pocztowy.....

Miejscowość (zaznaczyć krzyżykiem) miasto wieś

Gmina.....

Powiat.....

Województwo.....

Dane kontaktowe

Telefon domowy..... Telefon komórkowy.....

Adres poczty elektronicznej.....

Dane dodatkowe

Wykształcenie (zaznaczyć krzyżykiem)

Brak

Ponadgimnazjalne

Podstawowe

Policealne

Gimnazjalne

Wyższe

Status uczestnika

(zaznaczyć krzyżykiem)

Osoba niesamodzielna¹

Opiekun faktyczny osoby niesamodzielnej²

¹ Osoba niesamodzielna – osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

² Opiekun faktyczny (nieformalny) – osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członkiem rodziny.

Formy wsparcia

(zaznaczyć krzyżykiem)

- Usługi opiekuńcze
- Specjalistyczne usługi opiekuńcze (z wyłączeniem osób z zaburzeniami psychicznymi³)
- Usługi asystenckie dla osób niepełnosprawnych⁴
- Warsztaty w zakresie pomocy przedmedycznej
- Warsztaty w zakresie wykonywania podstawowych czynności pielęgnacyjnych

Informacje dodatkowe

1. Oświadczam, że poinformuję MOPS w Bydgoszczy o każdej zmianie mojego statusu, mającego wpływ na kwalifikację do projektu.
2. Oświadczam, że w tym samym czasie nie korzystam z takich samych form wsparcia jednocześnie w żadnym innym projekcie, współfinansowanym przez Europejski Fundusz Społeczny.
3. Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną (zaznaczyć krzyżykiem):

TAK NIE

4. Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (zaznaczyć krzyżykiem):

TAK NIE

5. Oświadczam, że nie przekraczam 150% kryterium dochodowego (zaznaczyć krzyżykiem):

TAK NIE

6. W przypadku dodatkowych potrzeb organizacyjnych wynikających z niepełnosprawności prosimy o podanie poniżej takiej informacji:

.....
.....

7. Imię i nazwisko pracownika socjalnego.....

.....
Data i czytelny podpis⁵

³ Projekt „Witalni” nie zakłada wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

⁴ Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2046, z późn. zm.).

⁵ W przypadku, jeśli karta zgłoszeniowa dotyczy osoby małoletniej i/lub częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionej, formularz powinien zostać podpisany przez osobę sprawującą opiekę, opiekuna prawnego/faktycznego.

