



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE „LEPSZE JUTRO”**

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.....

miasto wieś (zaznacz krzyżykiem)

Gmina.....

Powiat.....

Województwo.....

Dane kontaktowe

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

Adres poczty elektronicznej.....

Dane dodatkowe

Wykształcenie (zaznaczyć krzyżykiem)

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Brak | <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne |
| <input type="checkbox"/> Podstawowe | <input type="checkbox"/> Policealne |
| <input type="checkbox"/> Gimnazjalne | <input type="checkbox"/> Wyższe |

Status uczestnika

(zaznaczyć krzyżykiem)

- Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym tj. **osoba niesamodzieln**¹
- Otoczenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym tj. **kandydaci na opiekunów osób niesamodzielnych** oraz **kandydaci na asystentów osobistych osób niepełnosprawnych (A00N)**

¹ Osoba niesamodzieln – 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.

Formy wsparcia

(zaznaczyć krzyżykiem)

- Usługi opiekuńcze
- Specjalistyczne usługi opiekuńcze
- Usługi asystenckie dla osób niepełnosprawnych²
- Dowożenie posiłków
- Warsztaty umiejętności społecznych
- Szkolenia na opiekunów osób niesamodzielnych
- Szkolenia na asystentów osobistych osób niepełnosprawnych

Informacje dodatkowe i oświadczenia

1. Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną³ – posiadającą orzeczenie ZUS lub PZOON (zaznaczyć krzyżykiem):

TAK NIE

2. Oświadczam, że jestem osobą z umiarkowanym lub znacznym stopniem niepełnosprawności (zaznaczyć krzyżykiem):

TAK NIE

3. Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą niepełnosprawną intelektualnie lub osobą z całkowitymi zaburzeniami rozwojowymi (zaznaczyć krzyżykiem):

TAK NIE

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

TAK NIE

5. Oświadczam, że mój dochód w przeliczeniu na jedną osobę w rodzinie lub na osobę samotnie gospodarującą nie przekracza 150% kryterium dochodowego dla pomocy społecznej (zaznaczyć krzyżykiem):

TAK NIE

6. Jestem osobą zamieszkałą na obszarach zdegradowanych wyznaczonych w Gminnym Programie Rewitalizacji (Bocianowo-Śródmieście-Stare Miasto, Okole, Wilczak-Jary, Zimne Wody-Czersko Polskie, Stary Fordon, Brdujście, Łęgnowo, Łęgnowo Wieś, Smukała-Opławiec-Janowo)

TAK NIE

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

.....

8. Imię i nazwisko pracownika socjalnego.....

.....

Czytelny podpis⁴

² 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.).

³ 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.).

⁴ W przypadku, jeśli karta zgłoszeniowa dotyczy osoby małoletniej i/lub częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionej lub niebędącej w stanie się podpisać, formularz powinien zostać podpisany przez osobę sprawującą opiekę, opiekuna prawnego/faktycznego.