

Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa
w projekcie „Rozwój usług społecznych w mieście Szczecinek”.

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
(Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym
funkcjonowaniu/osoba potrzebująca usług asystenckich)
„Rozwój usług społecznych w mieście Szczecinek”.**

Nazwa Programu	Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniopomorskiego 2021-2027
Nazwa i numer Priorytetu, Działania i Poddziałania w ramach Programu Operacyjnego	Oś priorytetowa 6 Fundusze Europejskie na rzecz aktywnego Pomorza Zachodniego. Działanie 6.19 typ 1-5 Rozwój usług społecznych, w tym usług świadczonych w społeczności lokalnej.
Źródło Finansowania	Europejski Fundusz Społeczny
Nazwa Beneficjenta	Miasto Szczecinek
Nazwa realizatora	Miejskie Centrum Wsparcia w Szczecinku
Numer projektu	FEZP.06.19-IP.01-0026/25

**CZĘŚĆ I
DANE PERSONALNE**

Imię/Imiona:			
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Data i miejsce urodzenia:		Wiek:	
PESEL:			
Adres zamieszkania:			
Ulica:			
Numer domu:		Numer lokalu:	
Kod pocztowy:		Gmina:	
Miejscowość:			

Powiat:	
Województwo:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	

Adres zamieszkania:			
Ulica:			
Numer domu:		Numer lokalu:	
Kod pocztowy:		Gmina:	
Miejscowość:			
Powiat:			
Województwo:			
Telefon kontaktowy:			
Adres e-mail:			

CZĘŚĆ II STATUS UCZESTNIKA

Status społeczny kandydata (proszę zaznaczyć właściwe):	Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Osoba potrzebująca usług asystenckich.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Dochód nie przekracza 150 % właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub osobę w rodzinie) zgodnie z ustawą z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

	Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Status zawodowy kandydata (proszę zaznaczyć właściwą odp.):	Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Wykształcenie kandydata (proszę zaznaczyć właściwą odp.)	Brak (brak formalnego wykształcenia)	
	Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)	
	Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	
	Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)	
	Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)	
	Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie)	
Dane wrażliwe (proszę zaznaczyć właściwą odp.):	Czy należy Pani/Pan do mniejszości narodowej lub etnicznej?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jest Pani/Pan migrantem lub osobą obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Czy jest Pani/Pan osobą z niepełnosprawnościami?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Czy jest Pani/Pan osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej niż wymienione powyżej w punktach (może to być np. bezdomność, wykluczenie z dostępu do mieszkań, pochodzenie z obszarów wiejskich, wykształcenie poniżej podstawowego pomimo wieku typowego dla ukończenia szkoły podstawowej lub inne cechy powodujące wykluczenie społeczne)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

CZĘŚĆ III
RODZAJ WSPARCIA

Proszę wybrać wsparcie, o które ubiega się kandydat/ka:	Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Usługa transportowa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Wypożyczalnia sprzętu pielęgnacyjno-wspomagającego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Inne(jakie?).....	

CZĘŚĆ IV
OŚWIADCZENIE

Świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że jestem osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu na ze względu na:

- wiek,
- stan zdrowia,
- niepełnosprawność.

.....
Miejscowość, data.....
Podpis