

Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa
w projekcie „Rozwój usług społecznych w mieście Szczecinek”.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
(Opiekun faktyczny osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu/osoby
potrzebującej 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):	Opiekun faktyczny osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Opiekun faktyczny osoby potrzebującej usług asystenckich	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności	<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
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:

Poradnictwo w zakresie opieki nad osobami zależnymi:

- pielęgnacja osoby wymagającej wsparcia,
- fizjoterapia/konsultacja fizjoterapeutyczna,
- pomoc psychologiczna/konsultacja psychologiczna,
- inne (jakie?)

CZĘŚĆ IV
OŚWIADCZENIE

Świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że sprawuję opiekę nad osobą potrzebującą w wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego z względu na:

- wiek,
- stan zdrowia,
- niepełnosprawność/osobą potrzebującą usług asystenckich.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Pomorze
Zachodnie