

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Pola obowiązkowe do wypełnienia:

Imię i nazwisko:	ID:
Adres:	
PESEL:	Tel. kontaktowy:
Jestem osobą:	
• Niesamodzielną	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
• Niepełnosprawną	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Jestem opiekunem faktycznym osoby niesamodzielną	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Płeć:	Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>
Wykształcenie opiekuna:	
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie	<input type="checkbox"/> wyższe
Wykształcenie osoby niesamodzielną:	
<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> zawodowe
<input type="checkbox"/> średnie	<input type="checkbox"/> wyższe
Status opiekuna na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	
- os. bezrobotna nie zarejestrowana w PUP	<input type="checkbox"/>
- os. bezrobotna zarejestrowana w PUP	<input type="checkbox"/>
- os. bierna zawodowo	<input type="checkbox"/>
- os. pracująca	<input type="checkbox"/>
Status osoby niesamodzielną na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	
- os. bezrobotna nie zarejestrowana w PUP	<input type="checkbox"/>
- os. bezrobotna zarejestrowana w PUP	<input type="checkbox"/>
- os. bierna zawodowo	<input type="checkbox"/>
- os. pracująca	<input type="checkbox"/>

I. PODSTAWOWE KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE

osoby niesamodzielne zamieszkujące w województwie małopolskim (za wyjątkiem Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Krakowa – Metropolia Krakowska)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
osoby niesamodzielne ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia, niepełnosprawność wymagającej opieki lub wsparcia, w związku z niemożnością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności życia codziennego według skali KATZA	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
opiekunowie nieformalni	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

II. OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a zgłaszam chęć udziału w projekcie pn. „Uruchomienie Centrum Wsparcia Nieformalnych Opiekunów Osób Niesamodzielnych w Głogoczowie” w ramach: w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Działanie 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne.

.....
DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

III. POSZUKUJĘ NASTĘPUJĄCEJ POMOCY: (pola nieobowiązkowe)

Porady	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Informacji	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Wsparcia socjalnego / finansowego	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Wsparcia psychologicznego	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Opieki odciążeniowej / zastępczej	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Grupy wsparcia	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Szkolenia w zakresie opieki nad osobą niesamodzielną	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Inne – proszę opisać rodzaj pomocy:	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe. Jestem świadomy/a odpowiedzialności prawnej w przypadku podania nieprawdziwych danych.

.....
DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Działanie 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne.
Numer projektu: RPMP.09.02.03-12-0441/19