



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU UCZESTNIKA

Nazwa projektodawcy:
Zespół Lecznictwa Otwartego Sp. z o.o. w Jaworznie
Tytuł projektu:
PORA SENIORA - DZIENNY DOM POMOCY W JAWORZNI

Imię												
Nazwisko												
Obywatelstwo												
PESEL												
Wykształcenie (należy zaznaczyć X właściwy poziom)	wyższe										<input type="checkbox"/>	
	policealne										<input type="checkbox"/>	
	ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa)										<input type="checkbox"/>	
	gimnazjalne										<input type="checkbox"/>	
	podstawowe										<input type="checkbox"/>	
	brak										<input type="checkbox"/>	
Województwo												
Powiat												
Gmina												
Miejscowość												
Ulica												
Nr budynku												
Nr lokalu												
Kod pocztowy												
Telefon kontaktowy												
Adres e-mail												
Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu												
Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy						TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>			



Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
W tym długotrwale bezrobotny	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Bierny zawodowo	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
W tym osoba ucząca się	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Osobą pracującą (niezależnie od rodzaju umowy)	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/>			
osoba pracująca w administracji samorządowej	<input type="checkbox"/>			
inne	<input type="checkbox"/>			
osoba pracująca w MMŚP	<input type="checkbox"/>			
osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/>			
osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/>			
osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/>			
Zatrudniony w:				
Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony				
Wykonywany zawód:				
Nauczyciel kształcenia zawodowego	<input type="checkbox"/>			
Nauczyciel kształcenia ogólnego	<input type="checkbox"/>			
Nauczyciel wychowania przedszkolnego	<input type="checkbox"/>			
Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	<input type="checkbox"/>			
Pracownik instytucji rynku pracy	<input type="checkbox"/>			
Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	<input type="checkbox"/>			
Rolnik	<input type="checkbox"/>			
Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	<input type="checkbox"/>			
Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/>			
Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	<input type="checkbox"/>			
Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej	<input type="checkbox"/>			
Instruktor praktycznej nauki zawodu	<input type="checkbox"/>			
Inny	<input type="checkbox"/>			
Osoba obcego pochodzenia				
Tak	<input type="checkbox"/>			
Nie	<input type="checkbox"/>			
Osoba państwa trzeciego				



Tak		<input type="checkbox"/>			
Nie		<input type="checkbox"/>			
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)					
Tak		<input type="checkbox"/>			
Nie		<input type="checkbox"/>			
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań					
Tak		<input type="checkbox"/>			
Nie		<input type="checkbox"/>			
Osoba z niepełnosprawnościami					
Tak		<input type="checkbox"/>			
Nie		<input type="checkbox"/>			
Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)	Kryterium pierwszeństwa		TAK	NIE	Jeśli TAK
	- mój dochód nie przekracza 1515 zł (dla osoby samotnie gospodarującej) lub - mój dochód nie przekracza 1235 zł (dla osoby w rodzinie) <small>* 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) zgodnie ust. z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej</small>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1pkt
	Jestem osobą osoby zamieszkującą samotnie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 pkt
	Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 pkt
	Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 pkt
	Jestem osobą z chorobami psychicznymi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 pkt
	Jestem osobą korzystającą z programu FE PŻ 2021 2027		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 pkt
	Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 pkt
	Ilość punktów uzyskanych w ankiecie wg. skali Barthel				
	SUMA UZYSKANYCH PUNKTÓW:				
	Miejsce na liście uczestników:				
Proszę o podanie informacji nt. specjalnych potrzeb uczestnika:					
.....					
.....					
.....					

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

- Zostałem/am poinformowany o celach i założeniach projektu oraz zapoznałem/am się z warunkami uczestnictwa w projekcie oraz z prawami i obowiązkami uczestnika zawartymi w Regulaminie projektu.
- Spełniam ww. kryteria kwalifikujące mnie do udziału w projekcie.
- Zostałem/am pouczona/y o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
- Nie korzystam z takich samych form wsparcia w ramach innych projektów współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego+ w ramach FE SL 2021-2027.
- Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego+, w ramach FE SL 2021-2027.

Do formularza rekrutacyjnego załączam:

- Formularz klauzuli informacyjnej (RODO)
- Zaświadczenie lekarskie - osoba kwalifikująca się do wsparcia w postaci opieki długoterminowej
- Formularz oceny stopnia niesamodzielności uczestnika do projektu w skali Barthel
- Upoważnienie/pełnomocnictwo opiekuna prawnego
- Orzeczenie o niepełnosprawności
- Oświadczenie o wysokości dochodów

.....
data i czytelny podpis uczestnika

.....
Data i godzina wpływu ankiety wraz z załącznikami

.....
Data rozpoczęcia udziału w projekcie