

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**
„Raz, dwa, trzy działamy!”

Świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania

DANE OSOBY WYMAGAJĄCEJ WSPARCIA (KANDYDATA)	Imię	
	Nazwisko	
	Wiek	
	Stopień niepełnosprawności (wpisać jeśli dotyczy)	
	Adres zamieszkania	
	Telefon kontaktowy	
	Adres poczty elektronicznej	
DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ (JEŚLI INNA NIŻ KANDYDAT)	Imię	
	Nazwisko	
	Telefon kontaktowy	
	Stopień pokrewieństwa	
	Adres e-mail	
KRYTERIUM KWALIFIKOWALNOŚCI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE OCENIANE ZEROJEDYNKOWO		
1. Kandydat jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu* ☐ TAK* ☐ NIE* * Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Czynności dnia codziennego: kąpanie się, ubieranie się i rozbieranie, korzystanie z toalety, wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel, samodzielne jedzenie, kontrolowanie wydalania moczu i stolca. 2. Kandydat jest osobą zamieszkałą, pracującą w mieście Zabrze, Gliwice Zabrze ☐ TAK Gliwice ☐ TAK ☐ NIE Jeśli kandydat zaznaczył 2 x TAK - wypełnia dalej formularz. Zaznaczenie jednej lub więcej odpowiedzi NIE - kandydat nie kwalifikuje się do udziału w projekcie.		



KRYTERIUM PREFERENCJI	PUNKTACJA
Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym ☐ TAK ☐ NIE	NIE = 0 pkt TAK = 3 pkt
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	PKT
Osoba niepełnosprawna w stopniu umiarkowanym ☐ TAK ☐ NIE	NIE = 0 pkt TAK = 3 pkt
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	PKT
Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) ☐ TAK ☐ NIE	NIE = 0 pkt TAK = 1 pkt
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	PKT
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną ☐ TAK ☐ NIE	NIE = 0 pkt TAK = 5 pkt
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	PKT
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną ☐ TAK ☐ NIE	NIE = 0 pkt TAK = 1 pkt
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	PKT
Osoba z zaburzeniami psychicznymi zdefiniowane w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego ☐ TAK ☐ NIE	NIE = 0 pkt TAK = 2 pkt
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	PKT
Osoba korzystająca z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 ☐ TAK ☐ NIE	NIE = 0 pkt TAK = 1 pkt
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	PKT
Osoba mieszkająca samotnie ☐ TAK ☐ NIE	NIE = 0 pkt TAK = 4 pkt
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	PKT
ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW	PKT

☐ uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.



- ☐ jestem świadomy/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.

Oświadczam, iż

- ☐ na podstawie Art. 6 ust. 1 a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w procesie rekrutacji do udziału w projekcie „Raz, dwa, trzy działamy!” realizowanym przez Lidera – Spółdzielnia Socjalna "Prospołeczna", z siedzibą w Zabrze na Placu Dworcowym 7, 41-800 Zabrze w partnerskie z FUNDACJA WIĘCEJ Z ŻYCIA, Osiedle przy Skrzyżowaniu Rzek 1A/6, 62-100 Wągrowiec.

.....
Data i podpis osoby wymagającej
wsparcia w projekcie / osoby zgłaszającej

ZAKWALIFIKOWANO DO RODZINNEGO WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO

☐ TAK ☐ NIE

.....
Data i podpis Koordynatora merytorycznego