*Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji projektu:
 „Centrum Usług Środowiskowych w powiecie łaskim”*

|  |  |
| --- | --- |
| **Data złożenia** | **Numer formularza** |
|  |  |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

*„Centrum Usług Środowiskowych w powiecie łaskim”* realizowanym w okresie od 01.10.2021 r. do 30.06.2023 r. przez partnerów:

1. Gminę Wodzierady/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wodzieradach – Partnera Wiodącego;
2. Powiat Łaski/ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łasku – Partnera;
3. Fundację im. Brata Alberta;
4. Fundację Idee Społeczne FIDEES – Partnera.

Celem projektu jest zwiększenie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych, ograniczających ubóstwo i wykluczenie społeczne, poprzez utworzenie i prowadzenie na terenie powiatu łaskiego
w okresie od 01.10.2021 r. do 30.06.2023 r. 60 miejsc świadczenia usług społecznych dla 161 osób (90K i 71M) w formie:

* usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla 14 mieszkańców Gminy Wodzierady (9K i 5M);
* dwóch klubów dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu dla 20 mieszkańców Gminy Wodzierady (15K i 5M);
* klubu dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu dla
7 mieszkańców powiatu łaskiego (5K i 1M);
* dwóch świetlic środowiskowych dla 30 mieszkańców Gminy Wodzierady (16K
i 14M);
* wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego dla 90 mieszkańców powiatu łaskiego (45 K i 45M).

**Warunkiem rozpatrzenia formularza jest wypełnienie wszystkich wymaganych pól.**

Należy zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru (np. tak, nie). Każde pole powinno być wypełnione (zaznaczone tak lub nie). **Złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.**

**PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię/imiona |  |
| Nazwisko |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Płeć (Kobieta/Mężczyzna)** |  |
| **PESEL** |  |
| **OSOBA NIESAMODZIELNA (niewłaściwe skreślić)** | **TAK** | **NIE** |
| **Wykształcenie** | Brak |
| Podstawowe |
| Gimnazjalne |
| Ponadgimnazjalne |
| Pomaturalne |
| Wyższe |
| Czy znajduje się Pani /Pan w sytuacji powodującej zagrożenie wykluczeniem społecznym ?(niewłaściwe skreślić) | **TAK** | **NIE** |
| W PRZYPADKU ZAZNACZENIA KOLUMNY „TAK” PROSZĘ ZAZNACZYĆ POWODY WYKLUCZENIA (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź) | 1. Ubóstwo;
 |  |
| 1. Sieroctwo;
 |  |
| 1. bezdomność;
 |  |
| 1. bezrobocie;
 |  |
| 1. niepełnosprawność;
 |  |
| 1. długotrwała lub ciężka choroba;
 |  |
| 1. przemoc w rodzinie;
 |  |
| 1. potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;
 |  |
| 1. potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
 |  |
| 1. bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
 |  |
| 1. trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;
 |  |
| 1. trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
 |  |
| 1. alkoholizm lub narkomania;
 |  |
| 1. zdarzenia losowe i sytuacja kryzysowa;
 |  |
| 1. klęska żywiołowa lub ekologiczna;
 |  |

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| **Obszar (wiejski/miejski)** |  |
| **Powiat** |  |
| **Województwo** |  |
| Nr Tel. Stacjonarny |  |
| Nr tel. komórkowy |  |
| Adres e-mail |  |

**Udział w innych projektach finansowanych przez Unię Europejską?** ………………………………………………….

**Jeśli tak to, w jakich?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……

………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………

Skąd dowiedział się Pan/Pani o Projekcie?

|  |
| --- |
|  |

**II DANE UZUEPŁNIAJĄCE**

1. Niepełnosprawność (tak/nie) ….………………………………………………………………………………………………………

W przypadku wskazania TAK, do wniosku należy dołączyć dokument potwierdzający niepełnosprawność (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub dokument równoważny);

2. W przypadku ubiegania się o wsparcie, obejmujące zajęcia ruchowe, do wniosku należy dołączyć zaświadczenie od lekarza o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w zajęciach ruchowych.

1. **Informacja o dochodach (w przypadku wyboru kolumny „TAK” należy podać wysokość dochodów):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Odpowiedź** | **Tak** | **Nie** |
| Renta ZUS |  |  |
| Renta socjalna |  |  |
| Renta rodzinna |  |  |
| Świadczenie pieniężne z pomocy społecznej |  |  |
| Inne |  |  |
| **SUMA** |  |  |

1. Liczba osób w gospodarstwie domowym …………………………………………………………………....……….

*……………………………………...………… ………………………………………………………………..……
 (miejscowość i data) (czytelny podpis uczestnika projektu)[[1]](#footnote-1)*

1. *W przypadku, gdy do udziału w projekcie zgłaszana jest osoba małoletnia lub nie mająca zdolności do czynności prawnych, formularz podpisuje rodzic/opiekun prawny.* [↑](#footnote-ref-1)