**Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji projektu:
 „ CUŚ dla Łaskiego”**

**Ankieta Rekrutacyjna**

**do projektu „CUŚ dla Łaskiego”**

realizowanego w ramach Priorytetu FELD.07 „Fundusze europejskie dla zatrudnienia i integracji w Łódzkiem” Działania FELD.07.09 „Usługi społeczne i zdrowotne” w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

1. **Dane podstawowe i kontaktowe kandydata:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Imię |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | PESEL |  |
| 4 | Płeć |  |
| 5 | Województwo |  |
| 6 | Powiat |  |
| 7 | Gmina |  |
| 8 | Miejscowość |  |
| 9 | Ulica |  |
| 10 | Nr budynku |  |
| 11 | Nr lokalu |  |
| 12 | Kod pocztowy |  |
| 13 | Telefon kontaktowy |  |
| 14 | e-mail |  |

1. **Określenie statusu kandydata:**

|  |
| --- |
| **Status osoby niesamodzielnej ze względu na stan zdrowia potwierdzony na podstawie przedstawionego dokumentu:**  |
| * **Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu**
 |
| * **znaczny**
 | * **umiarkowany**
 | * **lekki**
 |
| * **zaświadczenie lekarskie**
 |
| * **skala Barthela**
 |
| * **Od 0 do 20 pkt**

**Całkowita niesamodzielność** | * **Od 21 do 85 pkt**

**Funkcjonuje samodzielnie w określonym stopniu** | * **Od 86 do 100**

**Funkcjonuje samodzielnie ewentualnie z niewielką pomocą z zewnątrz** |
| * **Skala Katza, Lawtona**
 |
| * **Od 0 do 2 pkt**

**Ciężkie upośledzenie czynności** | * **Od 3 do 4 pkt**

**upośledzenie średniego stopnia** | * **Od 5 do 6 pkt**

**W pełni zachowane czynności** |

1. **Proponowane przez kandydata formy wsparcia, z których chciałby skorzystać**

|  |  |
| --- | --- |
| **Opracowanie, monitorowanie i aktualizacja indywidualnego planu działania (praca socjalna)** |  |
| **Klub dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – Klub Seniora Kwiatkowice**  |  |
| **Klub dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – Klub Alberciki Kwiatkowice** |  |
| **Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania** |  |
| **Sąsiedzkie usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania** |  |
| **Usługa asystenta osoby wymagającej wsparcia**  |  |
| **Teleopieka**  |  |
| **Wsparcie towarzyszące:** |  |
| * **Usługi informacyjne i doradcze,**
 |  |
| * **Usługa wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego,**
 |  |
| * **Usługa dowożenia posiłków**
 |  |

1. **Oświadczenie o wysokości dochodów:**

Ja niżej podpisany9a) jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 kodeksu karnego stanowiącego, że kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postepowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

W związku z ubieganiem się o objęcie usługami społecznymi w ramach projektu „CUŚ dla Łaskiego”, oświadczam że mój dochód z miesiąca poprzedzającego złożenie oświadczenia:

* Nie przekracza kwoty 150% kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej w przypadku osoby samotnie gospodarującej;
* Przekracza kwotę 150% kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej w przypadku osoby samotnie gospodarującej;
* Nie przekracza kwoty 150% kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej w przypadku osoby w rodzinie;
* Przekracza kwotę 150% kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej w przypadku osoby w rodzinie.

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z treścią Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie CUŚ dla Łaskiego oraz, że informacje podane przeze mnie są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych , w tym na potrzeby rekrutacji, przez instytucje oraz osoby ubiegające się i przekazujące dane osobowe zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Przyjmuje do wiadomości, że powyższa zgoda może zostać przeze mnie cofnięta w dowolnym terminie.

…………………………………………………………………………………………………

Miejscowość, data oraz czytelny podpis