Załącznik nr 1
do regulaminu rekrutacji

Data zgłoszenia	

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

Nazwa projektodawcy:	Gmina Miejska Lidzbark Warmiński
Tytuł projektu:	„Codzienność bez barier”

DANE OSOBOWE				
Imię/ imiona				
Nazwisko				
PESEL				
Płeć	☐ kobieta	☐ mężczyzna		
Wykształcenie	☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) [1] ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) [2] ☐ Wyższe (ISCED 5–8) [3]			
ADRES ZAMIESZKANIA				
Województwo		Powiat		
Gmina		Miejscowość		
Kod		Ulica		
Numer domu		Numer lokalu		
Numer telefonu		Adres e - mail		

[1] Obejmuje wykształcenie podstawowe, gimnazjalne oraz zasadnicze zawodowe
[2] Obejmuje licea ogólnokształcące, technika, szkoły policealne oraz branżowe szkoły II stopnia
[3] Obejmuje studia licencjackie, inżynierskie, magisterskie oraz doktoranckie

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO (jeśli dotyczy)			
Imię/ imiona			
Nazwisko			
Adres zamieszkania			
Numer telefonu		Adres e - mail	
STATUS OSOBY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
Osoba obcego pochodzenia		☐ Tak	☐ Nie
Osoba państwa trzeciego		☐ Tak	☐ Nie
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej		☐ Tak	☐ Nie
		☐ Odmowa podania	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań		☐ Tak	☐ Nie
Osoba z niepełnosprawnościami		☐ Tak	☐ Nie
		☐ Odmowa podania	
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
☐ Osoba bezrobotna	☐ długotrwale bezrobotna ☐ inne		
☐ Osoba bierna zawodowo	☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ osoba ucząca się/ odbywając a kształcenie		
☐ Osoba pracująca	☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek Osoba pracująca: ☐ w administracji rządowej ☐ w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) ☐ w organizacji pozarządowej ☐ w MMŚP (mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie) ☐ w dużym przedsiębiorstwie ☐ w podmiocie wykonującym działalność leczniczą		

	☐ w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) ☐ w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) ☐ w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) ☐ na uczelni ☐ w instytucie naukowym ☐ w instytucie badawczym ☐ w instytucie działającym w ramach sieci badawczej Łukasiewicz ☐ w międzynarodowym instytucie naukowym ☐ dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki ☐ na rzecz państwowej osoby prawnej ☐ inne

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą i, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia – z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, który brzmi następująco: „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę, lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

Zostałam/em pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

…… ……

miejscowość i data czytelny podpis kandydata

Specjalne potrzeby niezbędne do uczestnictwa w projekcie „Codzienność bez barier”

SPECJALNE POTRZEBY (proszę w odpowiednim miejscu zaznaczyć odpowiedź TAK lub NIE oraz jeśli zaznaczono odpowiedź TAK, określić jakie?)		
Zapewnienie usługi tłumacza migowego	☐ TAK	☐ NIE
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie (np. pętla indukcyjna), jakich?	☐ TAK	☐ NIE
Zapewnienie dostępności architektonicznej budynku, dostosowanej do specjalnych potrzeb ruchowych, jakich?……..	☐ TAK	☐ NIE
Zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku	☐ TAK	☐ NIE
Zapewnienie materiałów w druku powiększonym	☐ TAK	☐ NIE
Zapewnienie wsparcia asystenta osoby z niepełnosprawnością	☐ TAK	☐ NIE
	☐ TAK	☐ NIE
Inne, jakie? …….		

…… ……

miejscowość i data czytelny podpis kandydata

Proszę zaznaczyć, z jakich usług społecznych realizowanych przez Centrum Usług Społecznych chciałby Pan/ chciałaby Pani skorzystać:		
Usługa:		zaznaczyć właściwe
1. Usługa DOOR-TO-DOOR		☐
2. Dzienne formy usług opiekuńczych realizowane przez Dzienny Dom Pomocy:		☐
	Aqua Senior	☐
	Gimnastyka skierowana do seniorów	☐
	Zajęcia relaksacyjne	☐
	Zajęcia usprawniające mają na celu poprawę motoryki i sprawności seniorów	☐
	Taniec dla seniorów	☐
	Trening werbalno-pamięciowy dla seniorów	☐
	Warsztaty z dietetykiem	☐
	Trening redukcji stresu	☐
	Warsztaty z pielęgniarką	☐
	Warsztaty zdrowia psychicznego	☐
	Wyjazd trzydniowy „Relaks dla seniora”	☐
	Warsztaty rękodzieła	☐
	Wyjazdy na wydarzenia kulturalne	☐
3. Usługa „złotej rączki”		☐

4. Asystent osoby starszej	☐
5. Szkolenia dla opiekunów osób niesamodzielnych	☐
6. Warsztaty psychologiczne dla opiekunów faktycznych osób niesamodzielnych	☐
7. Poradnictwo psychologiczne dla opiekunów faktycznych osób niesamodzielnych	☐

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis kandydata

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE. L. Nr 119.1), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w formularzu zgłoszeniowym do działań w ramach projektu pn. „Codzienność bez barier" realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lidzbarku Warmińskim a po jego przekształceniu Centrum Usług Społecznych w Lidzbarku Warmińskim.
Jednocześnie oświadczam, że udzielam zgody dobrowolnie oraz że zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis kandydata

OKREŚLENIE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ:

KRYTERIUM FORMALNE		
Osoba zamieszkała na terenie miasta Lidzbark Warmiński [4]	☐ TAK	☐ NIE
KRYTERIA MERYTORYCZNE (PUNKTOWANE)		
Osoba niesamodzielna ze względu na wiek, wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	☐ TAK (1 pkt.)	☐ NIE
Osoba niesamodzielna ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność, wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu [5]	☐ TAK (1 pkt.)	☐ NIE
Opiekun faktyczny sprawujący opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu [6]	☐ TAK (1 pkt.)	☐ NIE
KRYTERIA PREFERENCYJNE		
osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności [7]	☐ TAK	☐ NIE
osoby z niepełnosprawnością sprzężoną, chorobami psychicznymi, niepełnosprawnością intelektualną lub całościowymi zaburzeniami rozwojowymi [8]	☐ TAK	☐ NIE
osoby korzystające z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021–2027 [9]	☐ TAK	☐ NIE
osoby zamieszkujące samotnie [10]	☐ TAK	☐ NIE
osoby w kryzysie bezdomności lub zagrożone wykluczeniem mieszkaniowym [11]	☐ TAK	☐ NIE
Punktacja ogółem		

[4] Potwierdzenie: zaświadczenia o zameldowaniu lub zeznania podatkowego za ostatni rok
[5] Potwierdzenie: orzeczenie o niepełnosprawności i/lub zaświadczenie lekarskie
[6] Potwierdzenie: zaświadczenie z MOPS/CUS potwierdzające sprawowanie opieki lub oświadczenie
[7] Potwierdzenie: orzeczenie o niepełnosprawności
[8] Potwierdzenie: orzeczenie lub zaświadczenie lekarskie
[9] Potwierdzenie: zaświadczenie MOPS/CUS
[10] Potwierdzenie: zaświadczenie MOPS/CUS lub oświadczenie
[11] Potwierdzenie: zaświadczenie MOPS/CUS lub ewidencji ludności

Zestawienie dokumentów potwierdzających status uczestnika projektu:	
Dokumenty załączone do formularza zgłoszeniowego	
Lp.	Nazwa dokumentu:
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Dokumenty przedłożone do wglądu Realizatora:	
1.	Dowód osobisty seria ..... numer .....
2.	

Na podstawie przedłożonych oraz okazanych do wglądu dokumentów potwierdzam prawidłowość danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym

.....

/data i podpis przedstawiciela Realizatora/