

Załącznik nr 1 do regulaminu rekrutacji

**Wniosek o przyznanie pomocy w formie pobytu
w MIESZKALNICTWIE WSPOMAGANYM w projekcie**

pn. *Centrum Usług Środowiskowych w Powiecie Zgierskim.*

RPLD.09.02.01-IP.01-10-002/18,

(zadanie Utworzenie i działalność mieszkania wspieranego i treningowego (MW) w ramach
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, oś priorytetowa
IX Włączenie społeczne, działania dla osi X.2 Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub
wykluczeniem społecznym, poddziałanie IX.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne)

realizowanego przez

***Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną
Koło w Zgierzu***

Informacje wypełniane przez PSONI Koło w Zgierzu	
Data przyjęcia formularza	
Godzina przyjęcia formularza	
Numer formularza	
Podpis osoby przyjmującej formularz	
Numer Identyfikacyjny Kandydata (NIK)	

**DANE KANDYDATKI /KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
(OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI)**

Lp.	Nazwa	
1.	Kraj	Polska
2.	Rodzaj uczestnika	Indywidualny
3.	Imię	
4.	Nazwisko	
5.	PESEL	
6.	Płeć	
7.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe
8.	Województwo	
9.	Powiat	
10.	Gmina	
11.	Miejscowość	
12.	Ulica	
13.	Nr budynku	
14.	Nr lokalu	
15.	Kod pocztowy	
16.	Telefon kontaktowy	
17.	Adres e-mail	
18.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (właściwe zaznaczyć)	<input type="checkbox"/> Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w urzędzie pracy <input type="checkbox"/> Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędach

		<p>pracy</p> <p><input type="checkbox"/> Jestem osobą długotrwale bezrobotną,</p> <p><input type="checkbox"/> Jestem osobą bierną zawodowo</p> <p><input type="checkbox"/> Jestem osoba uczącą się</p> <p><input type="checkbox"/> Jestem osobą pracującą</p>
19.	Wykonywany zawód	
20.	Osoba zatrudniona w (miejsce zatrudnienia)	
21.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
22.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
23.	Osoba z niepełnosprawnościami	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
	w tym: Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	<p><input type="checkbox"/> Niepełnosprawność w stopniu lekkim</p> <p><input type="checkbox"/> Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym</p> <p><input type="checkbox"/> Niepełnosprawność w stopniu znacznym</p>
24.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
25.	Dobrowolnie deklaruję chęć	<input type="checkbox"/> TAK

	udziału w projekcie	<input type="checkbox"/> NIE
26.	Ubiegam się o pobyt w mieszkalnictwie:	<input type="checkbox"/> Wspieranym <input type="checkbox"/> Treningowym
27.	Spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w projekcie – dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym jak i załącznikach są na dzień dzisiejszy aktualne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
28.	Ubezważnowolnienie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> CZĘŚCIOWE <input type="checkbox"/> CAŁKOWITE <input type="checkbox"/> NIE

Dane teleadresowe rodzica/opiekuna prawnego <i>(wypełnić w przypadku gdy kandydat jest osobą ubeżwłasnowolnioną)</i>		
Miejscowość		
Rodzaj miejscowości	<input type="checkbox"/> Miasto	<input type="checkbox"/> Wieś
Ulica, nr domu / lokalu		
Kod pocztowy		
Województwo		
Powiat		
Gmina		
Telefon		

OŚWIADCZENIA KANDYDATKI/KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

Oświadczam że:

- dane zawarte we wniosku o przyznanie pomocy w formie pobytu w Mieszkanii wspomaganej są prawdziwe,
- dobrowolnie deklaruje chęć udziału w projekcie pn. „Centrum Usług Środowiskowych w Powiecie Zgierskim”,
- zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji do projektu pn. „Centrum Usług Środowiskowych w Powiecie Zgierskim”,
- wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy w formie pobytu w Mieszkanii wspomaganej prowadzonym przez PSONI Koło w Zgierzu do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji projektu, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Wnioskodawcy z obowiązków sprawozdawczych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (RODO),
- na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), w związku z art. 81 ust. 1 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych udzielam Wnioskodawcy nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego, wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Wnioskodawcę działalnością i celami projektu pn. „Centrum Usług Środowiskowych w Powiecie Zgierskim”,
- zostałam poinformowany o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach **Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego**, oś priorytetowa IX Włączenie społeczne, działania dla osi X.2 Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, poddziałanie IX.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne).

.....
(Data i czytelny podpis kandydatki/ kandydata / opiekuna prawnego)

Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	

.....
(Pieczęć i podpis koordynatora projektu)

Załącznik nr 2 do regulaminu rekrutacji

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia kandydata/teki ubiegającego/cej się o wsparcie w formie usług opiekuńczych w mieszkaniu wspomaganym (treningowym)

29.	Nazwisko i imię kandydata/teki	
30.	Data i miejsce urodzenia	
31.	Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji i od kiedy jest ona prowadzona	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Data od kiedy jest prowadzona:
32.	Rozpoznanie choroby zasadniczej	
33.	Kandydat/teka ubiegający/ca się o wsparcie jest osobą przewlekle chorą, ale jej aktualny stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
34.	Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące	
35.	Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:	
36.	Czy istnieje konieczność konsultacji kandydata/teki ubiegającego/cej się o wsparcie przez:	<input checked="" type="checkbox"/> Lekarza psychiatrę: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input checked="" type="checkbox"/> Psychologa: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
37.	Badana osoba ze względu na stan zdrowia wymaga skierowania do mieszkania wspomaganego (treningowego) świadczącego usługi w formie usług opiekuńczych	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

.....
(miejsowość i data)

.....
podpis lekarza

Załącznik nr 3 do regulaminu rekrutacji

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE MIEJSCA ZAMIESZKANIA

Ja, niżej podpisany/a,

.....

(imię i nazwisko)

Zamieszkały/a,.....

(adres zamieszkania)

Nr PESEL:

.....

świadomy/ma odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:

Jestem osobą zamieszkującą na terenie powiatu zgierskiego
pod adresem

.....

.....

(miejscowość i data)

.....

(czytelny podpis uczestnika projektu/ rodzica lub opiekuna prawnego)

Załącznik nr 4 do regulaminu rekrutacji

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYSOKOŚCI DOCHODU

Ja, niżej podpisany/a,

.....
(imię i nazwisko)

Zamieszkały/a,.....

(adres zamieszkania)

Nr PESEL:

.....

Oświadczam, że mój dochód przekracza/ nie przekracza 150% kryterium dochodowego określonego w ustawie o pomocy społecznej (Dz. U. 2018 poz.1508 ze zm.)

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis uczestnika projektu/ rodzica lub opiekuna prawnego)