



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji projektu „Pracuś”

Data złożenia	Numer formularza

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Pracuś” realizowanego w okresie od 01.07.2020 r. do 30.06.2023 r. przez partnerów:

1. Gminę Dłutów/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Dłutowie – Partnera Wiodącego;
2. Gminę Pabianice/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Pabianicach – Partnera;
3. Powiat Pabianicki/ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach – Partnera;
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 pabianickiego w okresie od 01.07.2020 r. do 30.06.2023 r. 74 miejsc świadczenia usług społecznych dla 276 osób (164K i 112M) w formie:

- usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla 4 mieszkańców Gminy Dłutów (2K i 2M);
- asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej (2K i 0M);
- klubu dla osób niesamodzielnych – 30 mieszkańców Gminy Dłutów (25K i 5M);
- świetlicy środowiskowej dla 15 mieszkańców Gminy Dłutów (8K i 7M);
- klubu dla osób niesamodzielnych – 25 mieszkańców Gminy Pabianice (18K i 7M);
- dwóch wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego dla 200 mieszkańców (110 K i 90M) powiatu pabianickiego.

Warunkiem rozpatrzenia formularza jest wypełnienie wszystkich wymaganych pól.
Właściwą odpowiedź należy zaznaczyć biorąc ją w kółko.

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	TAK	NIE
Wykształcenie	Brak	
	Podstawowe	
	Gimnazjalne	
	Ponadgimnazjalne	
	Pomaturalne	
	Wyższe	
Czy znajduje się Pani /Pan w sytuacji powodującej zagrożenie wykluczeniem społecznym?	TAK	NIE
W PRZYPADKU ZAZNACZENIA KOLUMNY „TAK” PROSZĘ ZAZNACZYĆ POWODY WYKLUCZENIA (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)	1) ubóstwo;	
	2) sieroctwo;	
	3) bezdomność;	
	4) bezrobocie;	
	5) niepełnosprawność;	
	6) długotrwała lub ciężka choroba;	
	7) przemoc w rodzinie;	
	8) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;	
	9) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;	
	10) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;	
	11) 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;	
	12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;	
	13) alkoholizm lub narkomania;	
	14) zdarzenia losowe i sytuacja kryzysowa;	
	15) 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 UZUPEŁNIAJĄCE

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.

3. W przypadku ubiegania się o wsparcie, obejmujące wyjazdy na basen, do wniosku należy załączyć zaświadczenie od lekarza o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w zajęciach na basenie.

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

Źródło dochodu		
Renta ZUS	Tak	Nie
Kwota:		
Renta socjalna	Tak	Nie
Kwota:		
Renta rodzinna	Tak	Nie
Kwota:		
Świadczenie pieniężne z pomocy społecznej	Tak	Nie
Kwota:		
Inne	Tak	Nie
Kwota:		
SUMA:		

2. Liczba osób w gospodarstwie domowym

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis osoby zgłaszającej się do projektu)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.