

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
do udziału w projekcie „Bydgoski dom opieki dziennej dla osób cierpiących na choroby otępienne”
RPKP.09.03.02-04-0048/17

DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE			
Imię (imiona) i nazwisko			
Data urodzenia		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL			
ADRES ZAMIESZKANIA ¹			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
ADRES DO KORESPONDENCJI ²			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Telefon stacjonarny		Telefon komórkowy	
Adres e-mail			
DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWIIONEJ (JEŚLI WYSTĘPUJE)			
Imię i nazwisko			
Adres zamieszkania			

¹ Miejszem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

² Należy wypełnić w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Nr telefonu	
Oświadczenie	<p>Oświadczam, że jestem zainteresowany następującą formą wsparcia (niepotrzebne skreślić):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Korzystanie z usług Bydgoskiego domu opieki dziennej 2. Korzystanie z usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania
INFORMACJE DODATKOWE O KANDYDACIE	
Wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (liceum/liceum profilowane/technikum) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (gimnazjum) <input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (nie ukończona szkoła podstawowa) <input type="checkbox"/> Podstawowe (szkoła podstawowa)
Jestem osobą niesamodzielną ze względu na: (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe)	<input type="checkbox"/> stan zdrowia <input type="checkbox"/> niepełnosprawność
Nie mam możliwości samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe)	<input type="checkbox"/> kąpanie się <input type="checkbox"/> ubieranie się i rozbieranie <input type="checkbox"/> korzystanie z toalety <input type="checkbox"/> wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel <input type="checkbox"/> samodzielne jedzenie <input type="checkbox"/> kontrolowanie wydalania moczu i stolca

	<i>Kategoria</i>	Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe	UWAGA! Wymagane zaświadczenie. Proszę wpisać nazwę załączonego dokumentu potwierdzającego spełnienie kryterium
Jestem osobą niesamodzielną (proszę zaznaczyć właściwe):	ze zdiagnozowaną chorobą otępienną w stopniu lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> głębokim <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020	<input type="checkbox"/>	
	niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym lub znacznym	<input type="checkbox"/>	
	z niepełnosprawnością sprzężoną w tym z zaburzeniami psychicznymi i/lub niepełnosprawnością intelektualną/całościowymi zaburzeniami rozwojowe	<input type="checkbox"/>	
	doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego (powody wykluczenia proszę zaznaczyć w oświadczeniu opcjonalnym)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Kryteria dodatkowe	zamieszkiwanie na obszarach zdegradowanych zgodnie z właściwymi programami rewitalizacji – weryfikacja na podstawie oświadczenia (proszę zaznaczyć x właściwy obszar jeśli dotyczy)	Okole <input type="checkbox"/>	
		Bocianowo <input type="checkbox"/>	
		Śródmieście <input type="checkbox"/>	
		Błonie <input type="checkbox"/>	
		Wilczak <input type="checkbox"/>	
		Fordon I <input type="checkbox"/>	
		Fordon II (w tym Stary Fordon) <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy		



Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć właściwe):	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo ucząca się
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca jeśli tak proszę podać zawód, nazwę i adres zakładu pracy oraz wykonywany zawód
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
	<input type="checkbox"/> żadna z powyższych

Status uczestnika (proszę przy właściwej odpowiedzi wstawić znak X)	TAK	NIE
Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem projektu „Bydgoski dom opieki dziennej dla osób cierpiących na choroby otępienne” oraz akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności udziału w projekcie „Bydgoski dom opieki dziennej dla osób cierpiących na choroby otępienne” tj. jestem osobą niesamodzielną oraz zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, a podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Stowarzyszenie im. Sue Ryder w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.

Równocześnie oświadczam, że moja sytuacja materialna i życiowa nie pozwala mi skorzystać z płatnych form usług opiekuńczych.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis kandydata/opiekuna prawnego

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Stowarzyszenie im. Sue Ryder w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis kandydata/opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE OPCJONALNE	
Oświadczam, iż doświadczam wielokrotnego wykluczenia, czyli wykluczenia z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, tj. spełniam warunki (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe):	
a) osoby lub rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/>
b) osoby, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;	<input type="checkbox"/>
c) osoby przebywającej w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;	<input type="checkbox"/>
d) osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382);	<input type="checkbox"/>
e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.);	<input type="checkbox"/>
f) osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375);	<input type="checkbox"/>
g) rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej je den z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;	<input type="checkbox"/>
h) osoby zakwalifikowanej do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.);	<input type="checkbox"/>
i) osoby niesamodzielnej;	<input type="checkbox"/>
j) osoby bezdomnej lub dotkniętej wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;	<input type="checkbox"/>
k) osoby odbywającej kary pozbawienia wolności;	<input type="checkbox"/>
l) osoby korzystającej z PO PŻ.	<input type="checkbox"/>
Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Stowarzyszenie im. Sue Ryder w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.	
.....	
Data, podpis	



Oświadczam, iż dochód na członka w rodzinie zgodnie z ustawą o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r. za rok 2018 wynosi³:

.....
(należy podać kwotę na 1 członka rodziny)

, a podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Stowarzyszenie im. Sue Ryder w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis kandydata/opiekuna prawnego

³ Dochód nie przekracza 1051,5 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) – w przypadku osoby samotnie gospodarującej,
Dochód nie przekracza 792 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) w przypadku osób w rodzinie, (kryterium dochodowe na osobę w rodzinie).