



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
do udziału w projekcie „Bydgoski dom opieki dziennej dla osób cierpiących na choroby otępienne”

DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE – OPIEKUNA OSOBY NIESAMODZIELNEJ			
Imię (imiona) i nazwisko			
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo		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 OSOBY, KTÓRA PODLEGA OPIECE KANDYDATA			
Imię i nazwisko			
Adres zamieszkania			

¹ Miejscem 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	Oświadczam, że jako opiekun faktyczny będę brał udział w warsztatach oraz doradztwie określonych w Regulaminie rekrutacji (imię, nazwisko, data)
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)

	<i>Kategoria</i>	Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe	<i>UWAGA!</i> Wymagane zaświadczenie. Proszę wpisać nazwę załączonego dokumentu potwierdzającego spełnienie kryterium
Jestem osobą:	korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020	<input type="checkbox"/>	
	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"/>	



Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć właściwe):	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy
	<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 nazwę i adres zakładu pracy oraz wykonywany zawód
	W tym pracownik: <input type="checkbox"/> MMŚP <input type="checkbox"/> administracji samorządowej <input type="checkbox"/> administracji rządowej
	<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 należąca 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 przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne 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 opiekunem faktycznym osoby ze zdiagnozowaną chorobą otępienną, 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 faktycznego

Oświadczam, iż dochód na członka w rodzinie zgodnie z ustawą o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r. za rok 2017 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 faktycznego

³ Dochód nie przekracza 951 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) – w przypadku osoby samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty 634 złotych (kryterium dochodowe osoby samotnie gospodarującej),



Dochód nie przekracza 771 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) w przypadku osób w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 514zł (kryterium dochodowe na osobę w rodzinie”.