

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA/CZKI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Tytuł projektu: „**Asysta na miarę niezależnego życia**”

Nr projektu: FELU.08.05-IZ.00-0049/25;

Realizator: **Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym
Krok za krokiem w Zamościu**

Miejsce na dane kancelaryjne (wypełnia Realizator)

Data wpływu:

.....

Nr rejestracyjny:

.....

I. DANE UCZESTNIKA/CZKI

1. Imię i nazwisko

.....

2. PESEL:

.....

3. Data urodzenia:

.....

4. Płeć (zgodnie z dowodem osobistym):

Kobieta Mężczyzna

5. Adres zamieszkania:

.....

6. Województwo:

lubelskie

7. Gmina zamieszkania:

- m. ZAMOŚĆ
- Adamów
- Grabowiec
- Krasnobród,
- Szczebrzeszyn,
- Zwierzyniec,
- Komarów-Osada,
- Łabunie,
- Miączyn,
- Nielisz,
- Sitno,
- Stary Zamość

8. Obszar zamieszkania:

- Miasto
- Wieś
- Gmina wiejsko-miejska

9. Telefon: E-mail:

Preferowana metoda kontaktu.....

10. Status na rynku pracy*:

- Pracujący/a
- Bezrobotny/a



- Bierny/a zawodowo (np. emeryt, rencista, student, niezarejestrowany w urzędzie pracy i niepracujący),
- zarejestrowany/a w urzędzie pracy jako poszukujący/a pracy,
- inny

* STATUS NALEŻY POTWIERDZIĆ ZAŚWIADCZENIEM Z ZUS

11. Czy jest Pan/Pani osobą obcego (innego niż polskie) pochodzenia ?

- TAK NIE

12. Czy jest Pan/Pani obywatelem/ką kraju trzeciego?

Są to osoby, które są obywatelami krajów spoza UE. Do wskaźnika wlicza się też bezpaństwowców zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r. i osoby bez ustalonego obywatelstwa.

- TAK NIE

13. Czy jest Pan/Pani osobą należącą do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie?

Są to osoby należące do mniejszości narodowych i etnicznych biorące udział w projektach EFS+. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.

- TAK NIE

14. Czy jest Pan/Pani osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?

- TAK NIE

15. Wykształcenie:

- podstawowe,
 zawodowe



średnie

wyższe

16. Czy dla uczestnika/czki Projektu ustanowiony został opiekun prawny

TAK NIE

Jeśli Tak, proszę podać jego imię i nazwisko.....

****W przypadku posiadania opiekuna prawnego należy dołączyć postanowienie sądu**

17. Czy dla uczestnika/czki Projektu ustanowiony został pełnomocnik***

TAK NIE

*****Jeśli Tak, proszę podać jego imię i nazwisko.....**

W przypadku posiadania pełnomocnika należy dołączyć pełnomocnictwo notarialne.

II. KRYTERIA FORMALNE

18. Czy jest Pani/Pan osobą pełnoletnią?

TAK NIE

19. Czy obecnie przebywa Pani/Pan w stacjonarnym ośrodku opiekuńczym (np. DPS)?

TAK NIE

20. Czy obecnie korzysta Pani/ Pan z pomocy asystenta osoby z niepełnosprawnościami w ramach programu finansowanego ze środków publicznych?

TAK NIE



III. INFORMACJE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

21. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu:

- Znacznym
- Umiarkowanym

22. Czy niepełnosprawność ma charakter sprzężony?

- TAK
- NIE

(Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się co najmniej dwa rodzaje niepełnosprawności wskazane w orzeczeniu).

23. Rodzaj niepełnosprawności (dominujący):

- Intelktualna
- Zaburzenia psychiczne
- całościowe zaburzenia rozwoju
- inna
(jaka?).....

IV. SYTUACJA SPOŁECZNO-RODZINNA

24. Samodzielność gospodarowania:

- Jestem osobą samotnie gospodarującą.
- Mieszkam i gospodaruję z opiekunem powyżej 65 roku życia.
- Jestem osobą powyżej 65 r. życia.

25. Jestem sobą wykluczoną społecznie z powodu niepełnosprawności****

- TAK
- NIE

**** STATUS POTWIERDZONY ZAŚWIADCZENIEM Z OPS
WŁAŚCIWEGO DLA MIEJSCA ZAMIESZKANIA



26. Jestem osobą wykluczoną komunikacyjnie co oznacza, że mam utrudniony dostęp do transportu publicznego w moim miejscu zamieszkania

TAK NIE

27. Aktywność (Proszę zaznaczyć, jeśli dotyczy):

Uczę się / studiuję / biorę udział w szkoleniach

Korzystam z regularnych zajęć w ośrodku wsparcia lub projektach np. pro-zdrowotnych

V. ZAKRES POSTULOWANEGO WSPARCIA (Potrzeby)

28. W jakich czynnościach potrzebuje Pani/Pan pomocy asystenta?

w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;

w prowadzeniu gospodarstwa domowego w tym planowaniu niezbędnych remontów i wypełnianiu ról w rodzinie, w przypadku osób samotnych nawiązywanie kontaktów z potencjalnymi członkami dalszej rodziny, sąsiadami;

w przemieszczaniu się, w tym poza miejscem zamieszkania;

w podejmowaniu aktywności społecznej, edukacyjnej, zawodowej ;

w dotarciu do lekarza, umówieniu wizyt, wykonaniu zakupów, opłaceniu rachunków .

29. Uzasadnienie potrzeby (Opis barier):

(Proszę opisać, co najbardziej utrudnia Pani/Panu codzienne życie i funkcjonowanie – np. bariery architektoniczne, problemy z dojazdem, brak kontaktu z ludźmi, brak możliwości realizowania zainteresowań, itd.):

.....
.....



30. Jakie wsparcie towarzyszące jest Panu/Pani niezbędne:

dowóz indywidualny obejmujący m.in.: zakupy do domu, dojazd do ośrodków medycznych, przejazd do miejsc użyteczności publicznej, ośrodków kultury, sportu, ośrodków aktywizujących społecznie/zawodowo, miejsc realizacji potrzeb duchowych, realizowany w dni robocze, w godzinach 8.00-20.00 z miejsca zamieszkania do miejsca docelowego na terenie gmin i miast objętych realizacją projektu.

usługi "Złotej rączki" gdyż jestem osobą, która ze względu na wiek (powyżej 65 roku życia) i niepełnosprawność, lub młodszą i mieszkam sam/a, lub prowadzę gospodarstwo domowe z osobami powyżej 65 roku życia i wymagam wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania drobnych napraw i montażu w miejscu zamieszkania.

31. Proszę wskazać, jeśli to możliwe, w jakich godzinach, porach dnia oraz w jakich dniach tygodnia będzie potrzebne wsparcie:

.....

32. Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie Pani/Pan potrzebować?.....

VII. KLAUZULE RODO

Administratorem Pani/a danych osobowych jest **Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym „Krok za krokiem” w Zamościu**. W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/a danych można kontaktować się z inspektorem ochrony danych pod numerem tel. nr. 600036556 lub adresem email: iodokzk@gmail.com.

Pani/a dane przetwarzane będą w celu rekrutacji do udziału w projekcie "**Asysta na miarę niezależnego życia**", współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021–2027. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zrealizowania wskazanych celów. Szczegółowe informacje dotyczące

przetwarzania i ochrony danych osobowych podane są na stronie
www.spdn.pl

Zapoznałem się z powyższą klauzulą RODO przed
przystąpieniem do Projektu i przyjmuję ją do wiadomości.

Wymagane załączniki do dokumentacji rekrutacyjnej:

1. Zaświadczenie z ZUS o statusie osoby biernej zawodowo.
2. Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej o wykluczeniu społecznym z powodu niepełnosprawności.
3. Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności. (Oryginał do wglądu w późniejszym terminie).
4. Oświadczenie o miejscu zamieszkania.
5. Oświadczenie o niekorzystaniu z usług asystenta osobistego finansowanego z innych środków.
6. Oświadczenie o wieku i prowadzeniu gospodarstwa domowego samotnie lub z osobami w wieku powyżej 65 r. życia.
7. Oświadczenie o wykluczeniu komunikacyjnym.

VIII. OŚWIADCZENIA i ZGODY UCZESTNIKA

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji i udzielania wsparcia.

Wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie usług bezpośrednio w miejscu ich realizacji.

Wyrażam/ nie wyrażam zgodę/y na utrwalanie wizerunku w celach dokumentacji oraz informacyjnych.

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności prawnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

..... miejscowość, data

..... (czytelny podpis
Uczestnika/czki Projektu /opiekuna prawnego/pełnomocnika)