

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Dzienny Oddział Geriatryczny”

Formularz zgłoszeniowy do projektu Dzienny Oddział Geriatryczny

Janiżej podpisany deklaruję chęć udziału w Projekcie Dzienny Oddział Geriatryczny i oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności do udziału w Projekcie, tj. w szczególności jestem osobą niesamodzielną, czyli osobą, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób.

| DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU | |
|---|---|
| Nazwisko | |
| Imię (Imiona) | |
| Płeć (K/M) | |
| Data urodzenia | |
| Miejsce urodzenia (miejscowość, województwo) | |
| PESEL | |
| DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA | |
| Województwo | |
| Kod pocztowy, Miejscowość | |
| Obszar | <input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski |
| Powiat | |
| Ulica | |
| Numer domu | |
| Numer lokalu | |
| Telefon kontaktowy | |
| Adres e-mail | |

Projekt „Dzienny Oddział Geriatryczny” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Biuro Projektu: EMC Silesia sp. z o.o. | Centrum Badawczo-Rozwojowe | ul. Morawa 31 | 40-353 Katowice, Budynek A, IIp. | tel. 661 770 175 | e-mail: katowice@emc-sa.pl | www.katowice.emc-sa.pl



| POZOSTAŁE INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA (Proszę zaznaczyć właściwe przez wstawienie znak X) | |
|---|--|
| 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 |
| Inne | <p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji</p> <p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji</p> <p>Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <input type="checkbox"/> tak (w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie) <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji</p> <p>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy: <input type="checkbox"/> tak (<input type="checkbox"/> w tym osoba długotrwale bezrobotna) <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy: <input type="checkbox"/> tak (<input type="checkbox"/> w tym osoba długotrwale bezrobotna) <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Osoba bierna zawodowo: <input type="checkbox"/> tak (w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca lub kształcąca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne) <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Osoba pracująca <input type="checkbox"/> tak, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> osoba samozatrudniona (prowadząca działalność na własny rachunek) <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie (2-49 pracowników) <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w dużym przedsiębiorstwie (50-249 pracowników) <input type="checkbox"/> inne, jakie? <p><input type="checkbox"/> nie</p> |

Projekt „Dzienny Oddział Geriatryczny” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Biuro Projektu: EMC Silesia sp. z o.o. | Centrum Badawczo-Rozwojowe | ul. Morawa 31 | 40-353 Katowice, Budynek A, IIp. | tel. 661 770 175 | e-mail: katowice@emc-sa.pl | www.katowice.emc-sa.pl



| | | |
|---|---|------------|
| | <p>Wykonywany zawód, w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> rolnik</p> <p><input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu</p> <p><input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej</p> <p><input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> zatrudniony w</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">(nazwa instytucji)</p> | |
| Opis sytuacji materialnej i życiowej uzasadniającej udział w projekcie: | | |
| | | |
| Kryteria premiujące: | TAK | NIE |
| 1. Jestem osobą z niepełnosprawnościami i niesamodzielną, a mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej | | |
| 2. Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, lub z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną, lub osobą z zaburzeniami psychicznymi | | |
| 3. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek wskazanej w §1 pkt. 5; Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie | | |
| 4. Jestem osobą mieszkającą samotnie. | | |

Projekt „Dzienny Oddział Geriatryczny” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Biuro Projektu: EMC Silesia sp. z o.o. | Centrum Badawczo-Rozwojowe | ul. Morawa 31 | 40-353 Katowice, Budynek A, IIp. | tel. 661 770 175 | e-mail: katowice@emc-sa.pl | www.katowice.emc-sa.pl



| DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY/ OPIEKUNA, Z KTÓRYM MOŻLIWY JEST KONTAKT W SPRAWIE PROJEKTU | |
|--|--|
| Imię i Nazwisko | |
| Stopień pokrewieństwa/ relacja z opiekunem | |
| Kod pocztowy, Miejscowość | |
| Województwo | |
| Ulica | |
| Numer domu | |
| Numer lokalu | |
| Numer telefonu kontaktowego (preferowany numer komórkowy) | |
| Adres e-mail | |

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

pouczony i świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:

- Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminami dotyczącymi realizacji projektu i akceptuję ich warunki (Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego)
- Oświadczam, że zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.
- Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Oświadczam, że zakres wsparcia w projekcie nie powiela wsparcia otrzymywanego przeze mnie z innych źródeł.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu.
- Wyrażam nieodpłatną i nieodwołalną zgodę na nieograniczone czasowo i terytorialnie przetwarzanie wizerunku w celach informacyjnych i promocyjnych projektu zgodnie z Art. 23 ust. 1 Ustawy o ochronie danych osobowych.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Projekt „Dzienny Oddział Geriatryczny” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Biuro Projektu: EMC Silesia sp. z o.o. | Centrum Badawczo-Rozwojowe | ul. Morawa 31 | 40-353 Katowice, Budynek A, IIp. | tel. 661 770 175 | e-mail: katowice@emc-sa.pl | www.katowice.emc-sa.pl