

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

### Formularz zgłoszeniowy do projektu Dzienny Oddział Geriatryczny

Ja .....niżej podpisany deklaram 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<br>(miejscowość, województwo) |   |
| PESEL   |   |
| DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA                    |   |
| Województwo                                     |   |
| Kod pocztowy,<br>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)   |  |            |
|---|--|------------|
| <b>Wykształcenie</b>  | <input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne<br><input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe   |            |
| <b>Inne</b>   | <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 w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)<br/> <input type="checkbox"/> tak    <input type="checkbox"/> nie    <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji</p> <p>Osoba bierna zawodowo:<br/> <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<br/> <input type="checkbox"/> tak    <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy:<br/> <input type="checkbox"/> tak (    <input type="checkbox"/> w tym osoba długotrwale bezrobotna)    <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy:<br/> <input type="checkbox"/> tak (    <input type="checkbox"/> w tym osoba długotrwale bezrobotna)    <input type="checkbox"/> nie</p> |            |
| <b>Opis sytuacji materialnej i życiowej uzasadniającej udział w projekcie:</b>  |  |            |
|   |  |            |
| <b>Kryteria premiujące:</b>   | <b>TAK</b>   | <b>NIE</b> |
| 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. Więcej niż 1 raz przebywałam/em w szpitalu w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub hospitalizacja miała miejsce do 3 miesięcy przed przystąpieniem do projektu   |  |            |

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



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 5. Jestem osobą mieszkającą samotnie.  |  |  |  |
| <b>DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY/ OPIEKUNA,<br/>Z KTÓRYM MOŻLIWY JEST KONTAKT W SPRAWIE PROJEKTU</b> |  |  |  |
| Imię i Nazwisko  |  |  |  |
| Stopień pokrewieństwa/<br>relacja z opiekunem  |  |  |  |
| Kod pocztowy, Miejscowość  |  |  |  |
| Województwo  |  |  |  |
| Ulica  |  |  |  |
| Numer domu   |  |  |  |
| Numer lokalu   |  |  |  |
| Numer telefonu<br>kontaktowego (preferowany<br>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