

Tytuł projektu	Srebrna Sieć II		Nr projektu	RPPM.06.02.02-22-0059/20	
Działanie 06.02	Usługi społeczne	Poddziałanie	06.02.02	Okres realizacji	1.12.20–30.06.23

<i>Data wpływu</i>	<i>Podpis osoby przyjmującej formularz</i>

Miejscowość, data

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY do projektu „Srebrna Sieć II” dla grupy docelowej osób w wieku powyżej 60 lat

Formularz zgłoszeniowy kandydata/kandydatki na uczestnika/uczestniczkę projektu może być wypełniony elektronicznie (czcionka wielkości minimum 10) lub odręcznie (czytelnie) w języku polskim oraz podpisany imieniem i nazwiskiem w wyznaczonych miejscach. Warunkiem rozpatrzenia Formularza jest **wypełnienie wszystkich wymaganych pól**. Należy zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru.

Złożenie Formularza nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.

I. Dane Projektu		
1	Nazwa Partnera Wiodącego	Powiat Słupski , w imieniu którego projekt realizuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku
2	Nazwa Partnera	Gmina

II. Dane kandydata/kandydatki do udziału w Projekcie									
Dane osobowe	Imię (imiona)								
	Nazwisko								
	PESEL								
	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta				<input type="checkbox"/> mężczyzna			
Adres zamieszkania	Miejscowość					Ulica			
	Nr domu					Nr lokalu			
	Kod pocztowy			-			Poczta		
Dane kontaktowe	Telefon								
	Adres e-mail								
	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)								



III. Sytuacja rodzinna oraz stopień funkcjonowania kandydata/kandydatki

Oświadczam, że:

<i>(należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)</i>	nie korzystam z usług opiekuńczych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	jestem osobą niesamodzielną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	jestem osobą mieszkającą samotnie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

IV. Sytuacja zdrowotna kandydata/kandydatki

Oświadczam, że:

<i>(należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)</i>	jestem osobą z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu	<input type="checkbox"/> lekkim lub równoważne <input type="checkbox"/> umiarkowanym lub równoważne <input type="checkbox"/> znacznym lub równoważne	
	jestem osobą z potrzebami z zakresu rehabilitacji wynikającymi z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

V. Sytuacja dochodowa kandydata/kandydatki

Oświadczam, że:

<i>(należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)</i>	mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie jest równy bądź mniejszy niż 150% kryterium dochodowego , o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie mieści się w zakresie od 150% do 250% kryterium dochodowego , o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie jest wyższy niż 250% kryterium dochodowego , o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE



VI. Formy wsparcia w projekcie

Oświadczam, że jestem zainteresowany/a korzystaniem z następujących form wsparcia:

<i>(należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)</i>	usługi sąsiedzkie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	specjalistyczne usługi opiekuńcze	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	usługi asystenckie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	usługi Klubu Seniora	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

VII. Informacja o specjalnych potrzebach wynikających z niepełnosprawności

Czy kandydat/-ka posiada specjalne potrzeby wynikające z jego niepełnosprawności?
(np. realizacji spotkań/zajęć w miejscu dostosowanym do osób z problemami w poruszaniu się/poruszających się na wózku inwalidzkim, długości proponowanego wsparcia, w przypadku korzystania z poczęstunku uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych wynikających z niepełnosprawności, potrzeby pomocy przy przemieszczaniu się, zapewnienie dowozu/przejazdu na zajęcia, itp.)

tak nie

Jeżeli tak, proszę wskazać.

VIII. Oświadczenia

Oświadczam, że:

1. Dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym, w tym wszystkie oświadczenia są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem/am się z regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w projekcie, akceptuję jego warunki. Deklaruję swój udział w projekcie „Srebrna Sieć II”.
3. W przypadku zakwalifikowania się do projektu zobowiązuję się do bezwzględnego przestrzegania regulaminu uczestnictwa i rekrutacji.
4. Spełniam kryteria kwalifikowalności uczestników określone w regulaminie uczestnictwa i rekrutacji.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Srebrna Sieć II” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014 – 2020.
6. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuję do wiadomości, że podane informacje podlegają weryfikacji przez upoważnione instytucje.

.....
data i czytelny podpis

ZALĄCZNIK:

Podpisany regulamin uczestnictwa i rekrutacji.