

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

(wypełnia opiekun)

Pola obowiązkowe do wypełnienia:

Imię i nazwisko opiekuna:	ID:								
Adres:									
PESEL:	Tel. kontaktowy:								
Jestem osobą: <ul style="list-style-type: none"> • Niesamodzielną • Niepełnosprawną 	ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE „X” TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>								
Jestem opiekunem faktycznym osoby niesamodzielną	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>								
Płeć: Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>									
Wykształcenie opiekuna: <table style="width: 100%; text-align: center; margin-top: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>podstawowe</td> <td>zawodowe</td> <td>średnie</td> <td>wyższe</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe						
Wykształcenie osoby niesamodzielną: <table style="width: 100%; text-align: center; margin-top: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>podstawowe</td> <td>zawodowe</td> <td>średnie</td> <td>wyższe</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe						
Status opiekuna na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: <ul style="list-style-type: none"> - os. bezrobotna nie zarejestrowana w PUP <input type="checkbox"/> - os. bezrobotna zarejestrowana w PUP <input type="checkbox"/> - os. bierna zawodowo <input type="checkbox"/> - os. pracująca <input type="checkbox"/> 									
Status osoby niesamodzielną na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: <ul style="list-style-type: none"> - os. bezrobotna nie zarejestrowana w PUP <input type="checkbox"/> - os. bezrobotna zarejestrowana w PUP <input type="checkbox"/> - os. bierna zawodowo <input type="checkbox"/> - os. pracująca <input type="checkbox"/> 									



I. PODSTAWOWE KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE

1.	osoby niesamodzielne zamieszkujące w województwie małopolskim (obszar objęty strategią ZIT, Miejski Obszar Funkcjonalny Krakowa -Metropolia Krakowska)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
2.	zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
3.	o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
4.	osoby niesamodzielne ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia, niepełnosprawność wymagającej opieki lub wsparcia, w związku z niemożnością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności życia codziennego według skali KATZA	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
5.	opiekunowie nieformalni	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

II. OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a zgłaszam chęć udziału w projekcie pn. „Uruchomienie Centrum Wsparcia Nieformalnych Opiekunów Osób Niesamodzielnych - TOPOGRAFÓW” w ramach: Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Działanie 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne.

.....
DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

III. POSZUKUJĘ NASTĘPUJĄCEJ POMOCY: (pola nieobowiązkowe)

Porady	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Informacji	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wsparcia socjalnego / finansowego	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wsparcia psychologicznego	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Opieki odciążeniowej / zastępczej	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Grupy wsparcia	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Szkolenia w zakresie opieki nad osobą niesamodzielną	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Inne – proszę opisać rodzaj pomocy:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe. Jestem świadomy/a odpowiedzialności prawnej w przypadku podania nieprawdziwych danych.

.....
DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Działanie 9.2 *Usługi społeczne i zdrowotne*.
Numer projektu: RPMP.09.02.03-12-0442/19



Uruchomienie Centrum Wsparcia
Nieformalnych Opiekunów Osób
Niesamodzielnych - **Topografów**

