

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji projektu „CUŚ DOBREGO”

Data złożenia	Numer formularza

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„CUŚ DOBREGO” realizowanym w okresie od 01.07.2020 r. do 30.06.2023 r. przez partnerów:

1. Powiat Rawski/ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rawie Mazowieckiej – Partnera Wiodącego;
2. Miasto Rawa Mazowiecka/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rawie Mazowieckiej – Partnera
3. SPZOZ Szpital Św. Ducha w Rawie Mazowieckiej – Partnera
4. Fundację Obudźmy Nadzieję w Rawie Mazowieckiej - Partnera
5. Gminę Rawa Mazowiecka/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Rawie Mazowieckiej – Partnera;
6. Gminę Biała Rawska/Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Białej Rawskiej – Partnera;
7. Gminę Regnów/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Regnowie – Partnera.

Celem projektu jest zwiększenie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych poprzez utworzenie i prowadzenie na terenie powiatu rawskiego w okresie od 01.07.2020 r. do 30.06.2023 r. 105 miejsc świadczenia usług społecznych dla 223 osób (172K i 51M) w formie: usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla 2 mieszk. G. Regnów (2K i 0M), 8 mieszk. Gmina Biała Rawska (7K i 1M), 6 mieszkańców Miasta Rawa Mazowiecka (4K i 2M), specjalistycznych usług opiekuńczych dla 2 mieszk. Gmina Biała Rawska (3K i 1M), asystenta rodziny dla 3 mieszk. G. Biała Rawska (3K i 0M), utworzeniu 10 nowych miejsc dla 10 mieszk. (8K i 2M) G. Rawa Mazowiecka i poszerzeniu oferty dla 30 istniejących miejsc (dla 22K i 8M) Klubu seniora w Starej Rossosze, utworzenia 5 nowych miejsc dla 4K i 1 M oraz rozszerzeniu oferty dla 15 istniejących miejsc (11K i 4M) w DDP w Rawie Mazowieckiej oraz utworzeniu 10 miejsc (dla 8K i 2M) w DDP w miejscowości Przewodowice dla mieszkańców powiatu rawskiego, wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego dla 100 mieszkańców powiatu rawskiego (80K i 20M), wsparcia 40 os. (31K i 9M) z otoczenia oraz 34 dzieci (21K i 13M) z rodzin zastępczych (5 niezawodowych i 18 spokrewnionych) z powiatu rawskiego przez 3 koordynatorów pieczy zastępczej, a także 7 miejsc usług zdrowotnych dla 220 mieszk. powiatu rawskiego (135K i 85M) w formie 6 miejsc opieki długoterminowej (dla 15K i 5M) i 1 miejsca organizacji teleopieki dla 120K i 80M.

Warunkiem rozpatrzenia formularza jest wypełnienie wszystkich wymaganych pól.



Należy zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru (np. tak, nie). Każde pole powinno być wypełnione (zaznaczone tak lub nie). **Złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.**

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię/imiona		
Nazwisko		
Data urodzenia		
Płeć (Kobieta/Mężczyzna)		
PESEL		
OSOBA NIESAMODZIELNA (niewłaściwe skreślić)	TAK	NIE
Wykształcenie	Brak	
	Podstawowe	
	Gimnazjalne	
	Ponadgimnazjalne	
	Pomaturalne	
	Wyższe	



Czy znajduje się Pani /Pan w sytuacji powodującej zagrożenie wykluczeniem społecznym? (niewłaściwe skreślić)	TAK	NIE
<p>W PRZYPADKU ZAZNACZENIA KOLUMNY „TAK” PROSZĘ ZAZNACZYĆ POWODY WYKLUCZENIA (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)</p>	1) Ubóstwo;	
	2) Sieroctwo;	
	3) bezdomność;	
	4) bezrobocie;	
	5) niepełnosprawność;	
	6) długotrwała lub ciężka choroba;	
	7) przemoc w rodzinie;	
	8) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;	
	9) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;	
	10) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;	
	11) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;	
	12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;	
	13) alkoholizm lub narkomania;	



	14) zdarzenia losowe i sytuacja kryzysowa;	
	15) klęska żywiołowa lub ekologiczna;	

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Obszar (wiejski/miejski)	
Powiat	
Województwo	
Nr Tel. Stacjonarny	
Nr tel. komórkowy	
Adres e-mail	

Udział w innych projektach finansowanych przez Unię Europejską?
Jeśli tak to, w jakich?

.....

.....

Skąd dowiedział się Pan/Pani o Projekcie?

--



II DANE UZUPEŁNIAJĄCE

1. Niepełnosprawność (tak/nie)

W przypadku wskazania TAK, do wniosku należy dołączyć dokument potwierdzający niepełnosprawność (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub dokument równoważny);

2. W przypadku ubiegania się o wsparcie, obejmujące zajęcia ruchowe, do wniosku należy dołączyć zaświadczenie od lekarza o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w zajęciach ruchowych.

3. W przypadku ubiegania się o wsparcie, obejmujące wyjazdy na basen, do wniosku należy załączyć zaświadczenie od lekarza o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w zajęciach na basenie.

1. Informacja o dochodach (w przypadku wyboru kolumny „TAK” należy podać wysokość dochodów):

Odpowiedź	Tak	Nie
Renta ZUS		
Renta socjalna		
Renta rodzinna		
Świadczenie pieniężne z pomocy społecznej		
Inne		
SUMA		

2. Liczba osób w gospodarstwie domowym

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis uczestnika projektu)¹

¹ W przypadku, gdy do udziału w projekcie zgłaszana jest osoba małoletnia lub nie mająca zdolności do czynności prawnych, formularz podpisuje rodzic/opiekun prawny.