*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 (80Ki20M), 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** | | |
| W PRZYPADKU ZAZNACZENIA KOLUMNY „TAK” PROSZĘ ZAZNACZYĆ POWODY WYKLUCZENIA (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź) | 1. Ubóstwo; | | |  |
| 1. Sieroctwo; | | |  |
| 1. bezdomność; | | |  |
| 1. bezrobocie; | | |  |
| 1. niepełnosprawność; | | |  |
| 1. długotrwała lub ciężka choroba; | | |  |
| 1. przemoc w rodzinie; | | |  |
| 1. potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi; | | |  |
| 1. potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; | | |  |
| 1. bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; | | |  |
| 1. 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; | | |  |
| 1. trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; | | |  |
| 1. alkoholizm lub narkomania; | | |  |
| 1. zdarzenia losowe i sytuacja kryzysowa; | | |  |
| 1. 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 UZUEPŁNIAJĄCE**

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** |  |  |

1. Liczba osób w gospodarstwie domowym …………………………………………………………………....……….

*……………………………………...………… ………………………………………………………………..……  
 (miejscowość i data) (czytelny podpis uczestnika projektu)[[1]](#footnote-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.* [↑](#footnote-ref-1)