

Data wpływu

WYPEŁNIA ORGANIZATOR

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie " JESIEŃ W KOLORZE SŁOŃCA!"  
nr RPSW.09.02.01-26-0018/19

### DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Imię (imiona) i nazwisko	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo	
Płeć	
PESEL	
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
<b>ADRES ZAMIESZKANIA<sup>1</sup></b>	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	28-362
Gmina	Nagłowice
Powiat	jędrzejowski
Województwo	świętokrzyskie
<b>ADRES DO KORESPONDENCJI<sup>2</sup></b>	

<sup>1</sup> Miejszem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. –kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu

<sup>2</sup> Należy wypełnić w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania

Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Gmina	
Powiat	
Województwo	
<b>DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ (JEŚLI WYSTĘPUJE)</b>	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu	
Adres e-mail	
<b>INFORMACJE DODATKOWE O KANDYDACI</b>	
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• osoba z niepełnosprawnościami <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</li> </ul> </li> <li>• osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</li> </ul> </li> <li>• W tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu (wypełnić w przypadku zaznaczenia opcji TAK powyżej) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</li> </ul> </li> <li>• osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</li> </ul> </li> <li>• osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji</li> </ul> </li> </ul>
Wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (liceum/liceum profilowane/technikum) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (gimnazjum) <input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (nie ukończona szkoła podstawowa) <input type="checkbox"/> Podstawowe (szkoła podstawowa)

**OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE należy zaznaczyć odpowiednie pola zgodnie ze stanem faktycznym**

<b>KRYTERIA REKRUTACJI - OŚWIADCZENIE UCZESTNIK</b>	<b>Właściwe zaznaczyć</b>	
<b>KRYTERIA FORMALNE – WERYFIKACJA NA PODSTAWIE OKAZANYCH DOKUMENTÓW PODCZAS REKRUTACJI</b>		
1. WIEK POWYŻEJ 60 ROKU ŻYCIA	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
2. ZAMIESZKIWANIE NA TERENIE GMINY NAGŁOWICE	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>

**3. OSOBA NIESAMODZIELNA**

Czynność	Opis	PACJENT SAMODZIELNY	
		TAK	NIE
Kąpanie się/ mycie się	Nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała gąbką, kąpiel w wannie/ prysznic		
Ubieranie się	Ubiera się bez żadnej pomocy, z wyjątkiem wiązania sznurówek		
Korzystanie z toalety	Idzie to toalety, korzysta z toalety, poprawia ubranie, wraca z toalety bez żadnej pomocy (może używać jako podpory laski lub chodzika albo też korzystać w nocy z basenu lub nocnika)		
Poruszanie się	Przemieszcza się z/do łóżka lub na krzesło bez pomocy (może korzystać z laski lub chodzika)		
Kontrolowane wydalanie moczu i stolca	Całkowicie panuje nad zwieraczami (bez sporadycznych epizodów nietrzymania)		
Jedzenie	Odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem ewentualnego krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem)		

**Kryteria dodatkowe**

**Oświadczam, iż spełniam poniżej zaznaczone warunki:**

**1. Oświadczam, iż doświadczam wielokrotnego wykluczenia, czyli wykluczenia z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym wskazanych w z ust. o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r., tj. spełniam jedno z poniżej wskazanych warunków (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe)**

**Niewłaściwe skreślić**

a) osoby lub rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społeczne	TAK/NIE
b) osoby, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;	TAK/NIE
c) osoby przebywającej w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	TAK/NIE
d) osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382);	TAK/NIE
e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm)	TAK/NIE
f) osoby z niepełnosprawnością –osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375);	TAK/NIE
g) rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością	TAK/NIE
h) osoby zakwalifikowanej do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.	TAK/NIE
<b>2. Osoba samotnie gospodarująca, nie mogąca liczyć na rodzinę lub osoby trzecie</b>	TAK/NIE
<b>3.Znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności lub niepełnosprawność sprzężona lub niepełnosprawność intelektualna lub zaburzenia psychiczne potwierdzone stosownymi dokumentami</b>	TAK/NIE
<b>4.Dochód na członka w rodzinie poniżej progu ustawowego -dochód nie przekracza 150% właściwego kryt. dochodowego (na osobę</b>	TAK/NIE

**samotnie gospodarującą (1051,50zł) lub na osobę w rodzinie (792zł)  
zgodnie z ust. o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r**

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i  
równocześnie zobowiązuję się poinformować jednostkę w sytuacji zmiany jakichkolwiek  
danych

.....  
Miejscowości i data

.....  
Podpis kandydata/opiekuna prawnego

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem projektu " JESIEŃ W  
KOLORZE SŁOŃCA!" oraz akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania

.....  
Miejscowości i data

.....  
Podpis kandydata/opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby projektu zgodnie z  
zapisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r.  
nr 101, poz. 926 z późn. zm.

.....  
Miejscowości i data

.....  
Podpis kandydata/opiekuna prawnego

**Załącznik nr 3**

## Zaświadczenie lekarskie

Zaświadcza się o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa

Pana / Pani .....  
zamieszkałego / zamieszkałej: .....

w zajęciach ruchowych i sportowo - rekreacyjnych prowadzonych w Klubie Seniora „Nowa Wieś” w Gminie Nagłowice.

dnia .....

(podpis i pieczęć lekarza)