

Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji

Formularz dla kandydata do korzystania ze wsparcia w ramach zintegrowanego systemu pomocy środowiskowej wspartego systemem teleopieki.**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY****Dane uczestnika projektu:****Imię i nazwisko:**

.....

PESEL:**Adres zamieszkania:**

Województwo	
Miejscowość	
Ulica, nr domu	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon stacjonarny	
Telefon komórkowy	
E-mail	
Wiek	
Płeć	Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>

Dane osoby zgłaszającej/ opiekuna faktycznego (osoba opiekująca się osobą niesamodzielną lub jeżeli działa prawnie w imieniu kandydata):

Nazwisko i imię.....

stopień pokrewieństwa/status prawny.....

Adres zamieszkania.....

telefon kontaktowy.....

seria i nr dowodu osobistego.....

Dane dodatkowe:

I. Status uczestnika projektu

1.

- jestem osobą samotnie gospodarującą
- mój miesięczny dochód wynosi do 1051,50 zł
- mój miesięczny dochód wynosi od 1051,51 zł do 1402,00 zł
- mój miesięczny dochód wynosi 1402,01 zł i więcej

2.

- jestem osobą funkcjonującą w rodzinie (nie gospodaruję samodzielnie)
- mój miesięczny dochód wynosi do 792,00 zł
- mój miesięczny dochód wynosi od 792,01 zł do 1056,00 zł
- mój miesięczny dochód wynosi 1056,01 zł i więcej

3.

- jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną
- jestem osobą niepełnosprawną w stopniu znaczny*
- jestem osobą niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym *

jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa**

jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy**

jestem osobą powyżej 60 roku życia niesamodzielną w min. jednym zakresie (dot. czynności dnia codziennego, np. zakupy, sprząatanie, gotowanie, wychodzenie z domu, itp.

posiadam zagrażający życiu stan zdrowia, w którym możliwe są nagłe stany zagrożenia życia, np. ataki, wstrząsy, itp. (potrzeba szybkiego kontaktu ze służbami medycznymi) ***

**obowiązek potwierdzenia odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia po zakwalifikowaniu się do projektu*

*** oświadczenie kandydata/kandydatki*

**** obowiązek potwierdzenia odpowiednim zaświadczeniem lekarskim, orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia po zakwalifikowaniu się do projektu*

II. Oświadczenia i zgody

1. Oświadczam, że na dzień przystąpienia do Projektu nie korzystam z następujących form wsparcia:

- usług asystenckich
- krótkookresowego całodobowego i dziennego pobytu dla osób niesamodzielnych(np. w domu pomocy społecznej, domu seniora, świetlicach środowiskowych ,innej podobnej instytucji)
- usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania

2. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie diagnozy w miejscu mojego zamieszkania w celu określenia szczególnych potrzeb korzystania ze wsparcia w formie teleopieki.

TAK

NIE

3. Wyrażam zgodę na montaż urządzeń do teleopieki w moim mieszkaniu wraz z instruktażem ich obsługi oraz kontaktów z Centrum Teleopieki.

TAK

NIE

4. Wyrażam zgodę na podpisanie kontraktu trójstronnego z opiekunem dochodzącym do mojego miejsca zamieszkania w celu niesienia niezbędnej pomocy w zakresie potrzeb dnia codziennego.

TAK

NIE

5. Oświadczam, iż zapoznałem(am) się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pokonajmy samotność – Cieszymy się życiem!”.

Pouczenie

Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z § 233 Kodeksu Karnego.

III. Przetwarzanie danych osobowych:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wodzisławiu Śląskim w celu prowadzenia rekrutacji do Projektu „Pokonajmy samotność – Cieszymy się życiem”.

.....
/miejscowość, data/

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU/ OPIEKUNA PRAWNEGO

Pouczenie:

Zgodnie z RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do:

a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii

b) sprostowania (poprawiania) swoich danych

c) żądania usunięcia, ograniczenia lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania

Wypełnia osoba przyjmująca formularz zgłoszeniowy:

Wpłynęło:

data: **godz.:**.....

lub data stempla pocztowego:.....

Osoba przyjmująca:.....

/czytelny podpis: imię i nazwisko/