



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 2 do „Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie „Przepis na Opiekę- usługi społeczne dla mieszkańców gminy Oporów”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA (OPW)
w ramach projektu „Przepis na Opiekę – usługi społeczne dla
mieszkańców gminy Oporów” Nr FELD.07.09.-IP.01-0032/25-00

Potwierdzenie złożenia formularza rekrutacyjnego do udziału w projekcie (wypełnia kadra projektu)		
Data wpływu formularza zgłoszeniowego	Godzina	Numer rekrutacyjny

CZĘŚĆ A- PODSTAWOWE DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE (wypełnić czytelnie w języku polskim, w miejscach wyboru zaznaczyć X)			
Imię		Nazwisko	
PESEL		Data urodzenia	
Płeć: (zaznacz „X”)		<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
CZĘŚĆ B – ADRES ZAMIESZKANIA			
Województwo		Powiat	
Gmina		Miejscowość	
Ulica		Nr budynku/ mieszkania	
Kod pocztowy		Poczta	



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Sołectwo			
Telefon		E-mail	
CZĘŚĆ C – STATUS SPOŁECZNO- ZAWODOWY (należy zaznaczyć właściwe pola „X”)			
<input type="checkbox"/> emeryt/rencista			
<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo			
<input type="checkbox"/> inne			
CZĘŚĆ D – WYKSZTAŁCENIE (należy zaznaczyć właściwe pola „X”)			
<input type="checkbox"/> podstawowe			
<input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe			
<input type="checkbox"/> średnie			
<input type="checkbox"/> wyższe			
CZĘŚĆ E – POTRZEBA WSPARCIA (należy zaznaczyć właściwe pola „X”)			
Powód ubiegania się o wsparcie		Dokument potwierdzający (dołączyć kopię)	
<input type="checkbox"/> wiek (60+)		<input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie z dnia	
<input type="checkbox"/> stan zdrowia		<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności nr	
<input type="checkbox"/> niepełnosprawność		<input type="checkbox"/> orzeczenie o stopniu: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny 	
<input type="checkbox"/> inne		<input type="checkbox"/> wywiad środowiskowy GOPS <input type="checkbox"/> skala Barthel : pkt	
CZĘŚĆ F – WNIOSKOWANE WSPARCIE (należy zaznaczyć właściwe pola „X”)			
<input type="checkbox"/> Indywidualna Ścieżka Wsparcia (dla wszystkich)			
<input type="checkbox"/> Klub Seniora (dla 60+ lub OzN)			
<input type="checkbox"/> teleopieka			



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



wypożyczalnia sprzętu

CZĘŚĆ G – KRYTERIA PREMIUJĄCE (dołączyć dokumenty)

znaczny /umiarkowany stopień niepełnosprawności (+10 pkt)

niepełnosprawność sprzężona (+10 pkt)

choroba psychiczna (+10 pkt)

niepełnosprawność intelektualna (+10 pkt)

zaburzenia rozwojowe ICD-10 (+10 pkt)

korzystanie z programu FE PŻ (+10 pkt)

zamieszkanie samotnie (+10 pkt)

wiek 80+ (+3 pkt)

płeć żeńska (+3 pkt)

CZĘŚĆ H – OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE UDZIAŁU W PROJEKCIE

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji
- podane informacje są zgodne z prawdą
- zamieszkuję na terenie Gminy Oporów
- zapoznałem/am się z klauzulą RODO
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych
- jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe oświadczenie (art. 233KK)

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydatki/ Kandydata
(lub opiekuna prawnego/faktycznego)

Załącznik do formularza zgłoszeniowego * :

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub o niepełnosprawności (jeśli dotyczy)
2. Zaświadczenie lekarskie (jeśli dotyczy)
3. Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej o korzystaniu z FE PŻ (jeśli dotyczy)
4. Klauzula RODO Administratora
5. Ocena funkcjonowania wg skali Barthel (jeśli dotyczy)
6. Inne

* Zaznaczyć właściwe

CZĘŚĆ I – WYPEŁNIA KOMISJA REKRUTACYJNA

OCENA FORMALNA		
<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> negatywna	
KRYTERIA DOSTĘPU		
<input type="checkbox"/> spełnia	<input type="checkbox"/> niespełnia	
PUNKTY PREMIUJĄCE	TAK	NIE
Znaczny bądź umiarkowany stopień niepełnosprawności (orzeczenie) – 10 pkt		
Niepełnosprawność sprzężona (orzeczenie) – 10 pkt		
Choroby psychiczne (orzeczenie/zaświadczenie) - 10 pkt		
Niepełnosprawność intelektualna (orzeczenie)- 10 pkt		
Zaburzenia rozwojowe zgodnie z ICD10 (orzeczenie/zaświadczenie) – 10 pkt		
Korzystanie z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (zaświadczenie) – 10 pkt		
Zamieszkanie samotnie - 10 pkt		
Osoba 80+ (oświadczenie) – 3 pkt		
Płeć - kobieta (oświadczenie) - 3 pkt		
Suma uzyskanych punktów	/76 pkt	

.....
Miejscowość, data

.....
Podpisy komisji