



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „CUŚ dla pabianickiego”

Data złożenia	Numer formularza	Forma/y wsparcia

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„CUŚ dla pabianickiego” realizowanego w okresie od 01.12.2023 r. do 30.04.2027 r. przez partnerów:

1. Gmina Pabianice/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Pabianicach – Partnera Wiodącego;
2. Miasto Pabianice/Miejskie Centrum Pomocy Społecznej w Pabianicach - Partnera;
3. Gmina Dłutów/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Dłutowie – Partnera;
4. Powiat Pabianicki/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach – Partnera;
5. Fundację Idee Społeczne FIDEES – Partnera.

Celem głównym projektu jest zwiększenie dostępu do równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług społecznych poprzez utrzymanie i utworzenie na terenie powiatu pabianickiego w okresie od 1.12.2023 r. do 30.04.2027 r., 81 miejsca świadczenia usług społecznych dla 127 osób (95K, 32M) w formie:

A. Usług podstawowych:

- opiekuńczych usług sąsiedzkich dla 10 mieszkańców Gminy Pabianice (8K,2M);
- usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla 6 mieszkańców Gminy Dłutów (3K i 3M);
- klubu dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu dla 31 mieszkańców Gminy Dłutów (25K, 6M);
- klubu dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu dla 27 mieszkańców Gminy Pabianice (22K, 5M);
- usług asystenckich (AOON) dla 17 mieszkańców Gminy Pabianice (10K, 7M);
- usług asystenckich (AOON) dla 25 mieszkańców Miasta Pabianice (20K, 5M);
- usług asystenckich (AON, AOON) dla 11 mieszkańców Gminy Dłutów (7K, 4M);

B. Wsparcia towarzyszącego:

- wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego dla 45 (35K, 10M) mieszkańców powiatu pabianickiego będących uczestnikami projektu;
- wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego dla 35 (25K, 10M) mieszkańców powiatu pabianickiego będących uczestnikami projektu;
- punkt informacyjny dla osób wymagających wsparcia dla mieszkańców powiatu pabianickiego;
- transport indywidualny typu door - to – door dla mieszkańców Miasta Pabianice,
- specjalistyczny transport medyczny dla mieszkańców Miasta Pabianice,
- spotkania integracyjne dla mieszkańców Miasta Pabianice,
- usługi pracownika gospodarczego typu „złota rączka” dla mieszkańców Miasta Pabianice,
- usługi sprzątkania dla mieszkańców Miasta Pabianice,
- usługi kosmetyczno-fryzjerskie dla mieszkańców Miasta Pabianice,

Wymagane dokumenty do form wsparcia z pkt A np. wywiad środowiskowy, arkusz z wynikami skali Lawtona/Katza/Barthela, ocena potrzeby wsparcia, zaświadczenie lekarskie, orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej.

Warunkiem rozpatrzenia formularza jest wypełnienie wszystkich wymaganych pól.

W przypadku pól z wyborem właściwą odpowiedź należy zaznaczyć biorąc ją w kółko.



Złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię/imiona		
Nazwisko		
Data urodzenia		
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL		
OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU (osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0–2) (przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum)	
	<input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4) (osoby, które <u>ukończyły</u> szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną)	
	<input type="checkbox"/> WYŻSZE (ISCED 5–8) (osoby, które <u>ukończyły</u> studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie)	
Czy znajduje się Pani /Pan w sytuacji powodującej zagrożenie wykluczeniem społecznym?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
W PRZYPADKU ZAZNACZENIA KOLUMNY „TAK” PROSZĘ ZAZNACZYĆ POWODY WYKLUCZENIA (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)	1) ubóstwo;	
	2) sieroctwo;	
	3) bezdomność;	
	4) bezrobocie;	
	5) niepełnosprawność;	
	6) długotrwała lub ciężka choroba;	
	7) przemoc domowa;	



	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;
Liczba osób w gospodarstwie domowym?	

MIJSCA ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
Powiat	pabianicki
Województwo	łódzkie
Nr tel. kontaktowego	
Adres e-mail	



Czy bierze Pan/Pani aktualnie udział w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską?ⁱ

.....
Jeśli tak to, w jakich?

.....
Skąd dowiedział/a się Pan/Pani o Projekcie?

II INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

1. W przypadku zakwalifikowania się do udziału projekcie do formy wsparcia obejmującej zajęcia ruchowe konieczne będzie dostarczenie zaświadczenia od lekarza o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w zajęciach ruchowych.
2. W przypadku zakwalifikowania się do udziału projekcie do formy wsparcia obejmującej wyjazdy na basen konieczne będzie dostarczenie zaświadczenia od lekarza o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w zajęciach na basenie.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis osoby zgłaszającej się do projektu)ⁱⁱ

ⁱ Uczestnik projektu nie może równocześnie korzystać ze wsparcia więcej niż jednego projektu współfinansowanego ze środków UE, których cele szczegółowe są zbieżne tj. k) zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług (cel projektu "CUŚ dla pabianickiego"), w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej; modernizacja systemów ochrony socjalnej, w tym wspieranie dostępu do ochrony socjalnej, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i grup w niekorzystnej sytuacji; poprawa dostępności, w tym dla osób z niepełnosprawnościami, skuteczności i odporności systemów ochrony zdrowia i usług opieki długoterminowej; l) wspieranie integracji społecznej osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym osób najbardziej potrzebujących i dzieci. W sytuacji korzystania przez uczestnika z więcej niż jednego projektu ze zbieżnymi celami może skutkować niekwalifikowalnością wydatków poniesionych na danego uczestnika.

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