

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
do udziału w projekcie „KLUBU SENIORA „ZIOŁOWE PRZYJĘCIE””

Zgłaszam chęć udziału w projekcie pt. „KLUBU SENIORA „ZIOŁOWE PRZYJĘCIE””

OŚWIADCZENIA OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ (uczestnika)

Oświadczam, że zamieszkuję na terenie Gminy Lubiewo (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Proszę podać gminę oraz miejscowość zgodną z miejscem zamieszkania uczestnika:	Gmina:	Miejscowość:
Oświadczam, że spełniam kryteria określone dla osoby dotkniętej skutkami wystąpienia COVID -19	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że spełniam kryteria określone dla osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe):	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Proszę wskazać przesłankę zagrożenia ubóstwem lub wykluczenia społecznego (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe):		
<input type="checkbox"/> osoby lub rodziny korzystające 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 społecznej <u>(Zaznaczyć właściwe):</u> <ol style="list-style-type: none"> 1) ubóstwo; 2) sieroctwo; 3) bezdomność; 4) bezrobocie; 5) niepełnosprawność; 6) długotrwała lub ciężka choroba; 7) przemoc w rodzinie; 7a) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi; 8) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 9) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; 10) brak umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej całodobowe placówki opiekuńczo-wychowawcze; 11) trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą; 		



12) trudność w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;

13) alkoholizm lub narkomania;

14) zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowej;

15) klęska żywiołowa lub ekologiczna.

osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;

(Zaznaczyć właściwe):

1) bezdomni realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;

2) uzależnieni od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego;

3) uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej;

4) chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego;

5) długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;

6) zwalniani z zakładów karnych, mający trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;

7) uchodźcy realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;

8) osoby niepełnosprawne, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;

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, z późn. zm.);

osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.);

osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu *Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020*;

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;

osoby, dla których ustalono III profil pomocy zgodnie z *ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.);

osoby niesamodzielne;

osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu *Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020*;

osoby korzystające z PO PŻ.

Do formularza załączam stosowny dokument (zaświadczenie, orzeczenie itp.) potwierdzający przesłankę wykluczenia (np.



w przypadku osoby niepełnosprawnej orzeczenie o niepełnosprawności, w przypadku korzystania z pomocy społecznej zaświadczenie z OPS). Jedynie w przypadku braku możliwości potwierdzenia kwalifikowalności uczestnika na podstawie zaświadczenia dopuszcza się możliwość potwierdzenia na podstawie oświadczenia ujętego w formularzu zgłoszeniowym.

Kryteria rekrutacji:

Kryteria dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym

A) OBLIGATORYJNE

a. przynależność do grupy zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym

- spełnienie kryteriów dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (weryfikacja na podstawie zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia lub gdy nie jest możliwe uzyskanie w/w dokumentów oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą).

tak nie

b. zamieszkiwanie na terenie Gminy Lubiewo (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego)

tak nie

c. osoba powyżej 60 roku życia

tak nie

B) PUNKTOWE

- zamieszkiwanie na terenie obszaru Gminy Lubiewo (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) - 10

tak nie

- osoba płci męskiej – 1 punkt

tak nie

pryznane punkty

DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA

Imię (imiona) i
nazwisko



Pesel		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
ADRES ZAMIESZKANIA¹				
Ulica				
Numer domu		Numer lokalu		
Miejscowość		Kod pocztowy		
Telefon kontaktowy		Adres e-mail		

NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU OSÓB NIESAMODZIELNYCH		
Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną, tzn. nie mam możliwości samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego tj.: kąpanie się; ubieranie się i rozbieranie; korzystanie z toalety; wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel; samodzielne jedzenie; kontrolowanie wydalania moczu i stolca.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną ze względu na: (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe)	<input type="checkbox"/> wiek (min. 60lat)	
	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność (wymagane orzeczenie)	
	<input checked="" type="checkbox"/> stan zdrowia (inny niż niepełnosprawność – wymagane zaświadczenie)	

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis*²

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