



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji projektu „CUŚ DOBREGO 2”

Data złożenia	Numer formularza	Forma/y wsparcia

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„CUŚ DOBREGO 2” realizowanego w okresie od 01.12.2023 r. do 30.04.2027 r. przez partnerów:

1. Powiat Rawski/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rawie Mazowieckiej – Partnera Wiodącego;
2. Miasto Rawa Mazowiecka/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rawie Mazowieckiej – Partnera;
3. Gmina Rawa Mazowiecka/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Rawie Mazowieckiej – Partnera;
4. Gmina Regnów/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Regnowie – Partnera;
5. Gmina Sadkowice/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Sadkowicach – Partnera;
6. Fundację Obudźmy Nadzieję – Partnera.

Celem 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 rawskiego w okresie od 01.12.2023 r. do 30.04.2027 r. 126 miejsc świadczenia usług społecznych dla 150 osób (120K, 30M), w tym 40 osób z niepełnosprawnością (32K, 8M) w formie:

A. Usług podstawowych:

- klubu seniora dla 25 mieszkańców Gminy Sadkowice (20K, 5M);
- usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla 15 mieszkańców Gminy Sadkowice (11K, 4M);
- usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, w tym specjalistycznych dla 3 mieszkańców Gminy Regnów (2K, 1M);
- usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla 14 mieszkańców Gminy Biała Rawska (10K, 4M);
- usług sąsiedzkich dla 2 mieszkanki Gminy Biała Rawska (2K, 0M);
- domu dziennego pobytu w Przewodowicach dla 11 mieszkańców Powiatu Rawskiego (10K, 1M);
- domu dziennego pobytu w Rawie Mazowieckiej dla 21 mieszkańców Powiatu Rawskiego (15K, 6M);
- usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla 9 mieszkańców Miasta Rawa Mazowiecka (6K, 3M);
- usług sąsiedzkich dla 5 osób Miasta Rawa Mazowiecka (4K, 1M);
- klubu seniora dla 42 mieszkańców Gminy Rawa Mazowiecka (38K, 4M);



- asystenta osoby wymagającej wsparcia dla 3 mieszkańców Powiatu Rawskiego (2K, 1M).
 -
- B. Wsparcia towarzyszącego:
- wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego dla 80 (60K, 20M) mieszkańców Powiatu Rawskiego będących uczestnikami projektu;
 - usługi dowożenia posiłków dla mieszkańców Gminy Sadkowice.

Wsparciem towarzyszącym mogą zostać objęci tylko uczestnicy projektu tj. osoby korzystające co najmniej z jednej form wsparcia podstawowego.

Wymagane dokumenty do form wsparcia A i C 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, dokument tożsamości (w przypadku klubów seniora – forma wsparcia przeznaczona dla osób w wieku 60+).

Warunkiem rozpatrzenia formularza jest wypełnienie wszystkich wymaganych pól.
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 (Kobieta/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)	TAK	NIE
Wykształcenie	ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0–2) (przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum)	



	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)		
	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?	TAK	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?			



MIEJSCE ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Obszar (wiejski/miejski)	
Powiat	
Województwo	
Nr tel. kontaktowego	
Adres e-mail	

Udział w innych projektach finansowanych przez Unię Europejską?

Jeśli tak to, w jakich?

.....

.....

Skąd dowiedział 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/basenie.



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

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis osoby zgłaszającej się do projektu)¹

¹ W przypadku, gdy do udziału w projekcie zgłaszana jest osoba małoletnia lub nie mająca zdolności do czynności prawnych, formularz podpisuje rodzic/opiekun prawny.