



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY do projektu „Pomocna dłoń w Gminie Sławno”

### I. DANE OGÓLNE: (zaznacz właściwe)

NAZWISKO I IMIĘ (IMIONA)	
PESEL	
WYKSZTAŁCENIE:	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M

### II. DANE KONTAKTOWE:

ULICA I NR	
MIEJSCOWOŚĆ	
KOD POCZTOWY I MIEJSCOWOŚĆ	
GMINA	
POWIAT	
WOJEWÓDZTWO	
NR TELEFONU	
E-MAIL	

### III. STATUS NA RYNKU PRACY: (zaznacz właściwe)

OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W PUP	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W PUP <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
OSOBA BIERNĄ ZAWODOWO <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
OSOBA PRACUJĄCA	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie zawód: ..... miejsce pracy: .....

### IV. SYTUACJA ZDROWOTNA: (zaznacz właściwe)

Osoba z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Orzeczenie w stopniu	<input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym orzeczenie ZUS .....

### V. Oświadczam, że jestem zainteresowany udziałem w następujących formach wsparcia: (zaznacz wszystkie właściwe)

Usługi opiekuńcze, w tym:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- usługi opiekuńcze świadczone przez opiekunów w miejscu zamieszkania	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- specjalistyczne usługi opiekuńcze w zakresie rehabilitacji, świadczone w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- sąsiedzkie usługi opiekuńcze	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- wsparcie asystenta osoby niepełnosprawnej lub osobistego asystenta osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

<sup>1</sup> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w PUP - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie widnieje w ewidencji osób bezrobotnych PUP. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), są również osobami bezrobotnymi.

<sup>2</sup> Osoba bierna zawodowo - osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), jest uznawana za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna. Taka sytuacja ma miejsce w momencie gdy np. osoba bierna zawodowo urodziła dziecko, niemniej w związku z tym, iż jest niezatrudniona nie pobiera od pracodawcy świadczeń z tytułu urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego. W związku z tym należy ją traktować jako osobę bierną zawodowo chyba, że jest zarejestrowana jako bezrobotna.

- wyposażenie w sprzęt do teleopieki	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- usługa „złotej rączki”	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- likwidacja barier architektonicznych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Usługi wspierające opiekunów faktycznych osób niesamodzielnych</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- krótkoterminowa opieka wytchnieniowa w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- krótkoterminowa opieka wytchnieniowa wyjazdowa z osobą niesamodzielną	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- pomoc/poradnictwo prawne; psychologiczne; poradnictwo dietetyczne (dla wszystkich uczestników)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- szkolenia m.in. radzenie sobie ze stresem,; sytuacjami trudnymi; gospodarowanie domowym budżetem; rozwiązywanie konfliktów; komunikacja interpersonalna; z zakresu pielęgnacji i czynności opiekuńczych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wsparcie w ramach „KLUBU SENIORA”</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wypożyczalnia sprzętów dla osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

**VI. Ubiegając się o udział w Projekcie oświadczam, że (zaznacz wszystkie właściwe)**

Mieszkam na obszarze gminy wiejskiej Sławno	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Mieszkam na obszarze rewitalizowanym gminy wiejskiej Sławno (Warszkowo, Kwasowo, Bobrowice, Pomitowo, St. Kraków, Noskowo, Smardzewo, Rzyszczewo)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jestem osobą niesamodzielną <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jestem opiekunem osoby niesamodzielnej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Mam 60 lat - kobieta, 65 lat - mężczyzna, lub więcej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jestem osobą samotną	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jestem osobą bezdomną, dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Kwalifikuję się do wsparcia z pomocy społecznej tj. dochód nie przekracza 1051,50zł na osobę w przypadku gospodarstw jednoosobowych lub, w przypadku wieloosobowych gospodarstw domowych, nie przekracza 792 zł na osobę w rodzinie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Mam specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności (podać jakie.....)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą

.....  
(data, podpis)

<sup>3</sup> Osoba niesamodzielna- to osoba, która ze względu na wiek lub stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.