

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
DO KLUBU SENIORA**

W

w ramach projektu:

„Kompleksowy system wsparcia mieszkańców miast i gmin powiatu puckiego w wieku senioralnym i ich opiekunów”

I. DANE PODSTAWOWE		
nazwisko		
imię		
płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna
PESEL		
data urodzenia		
telefon kontaktowy		
adres e-mail		
adres zamieszkania	ulica	
	numer domu/lokalu	
	miejsowość	
	kod pocztowy	
	powiat	
	gmina	
adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania)		
II. WYKSZTAŁCENIE		
<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe		
<input type="checkbox"/> podstawowe		
<input type="checkbox"/> gimnazjalne		
<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne		
<input type="checkbox"/> wyższe		
III. STATUS NA RYNKU PRACY		
osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> tak	
	<input type="checkbox"/> nie	
osoba zarejestrowana w urzędzie pracy	<input type="checkbox"/> tak	
	<input type="checkbox"/> nie	
osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> tak	
	<input type="checkbox"/> nie	
osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> tak	
	<input type="checkbox"/> nie	
osoba pracująca	<input type="checkbox"/> tak	
	<input type="checkbox"/> nie	
Nazwa zakładu pracy i adres (dotyczy osób pracujących)		
Wykonywany zawód (dotyczy osób pracujących)		
IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak	
	<input type="checkbox"/> nie	
	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji	

rodzaj niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
	<input type="checkbox"/> lekki
	<input type="checkbox"/> umiarkowany
	<input type="checkbox"/> znaczny
	<input type="checkbox"/> sprężona
V. KRYTERIA UDZIAŁU W KLUBIE SENIORA	
Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś twierdząco, proszę zaznaczyć minimum jedną spośród wskazanych poniżej przesłanek zagrożenia/wykluczenia społecznego:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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; <input type="checkbox"/> osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; <input type="checkbox"/> 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; <input type="checkbox"/> 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 2018 r. poz. 969); <input type="checkbox"/> 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 2019 r. poz. 1481, z późn. zm.); <input type="checkbox"/> 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 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020; <input type="checkbox"/> członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością; <input type="checkbox"/> osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu; <input type="checkbox"/> osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań tj. osoby: <ul style="list-style-type: none"> – bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); – bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); – z niezabezpieczonym zakwaterowaniem (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą); – z nieodpowiednimi warunkami mieszkaniowymi (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania według standardu krajowego, skrajne przeludnienie). Osoby dorosłe mieszkające z rodzicami nie powinny być wykazywane we wskaźniku, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach; <input type="checkbox"/> osoby odbywające kary pozbawienia wolności; <input type="checkbox"/> osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa. 	

Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE w przypadku zaznaczenia twierdzącej odpowiedzi należy podać przyczynę potrzeby wsparcia:
Osoba o dochodzie nie przekraczającym 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tj. 792,00 zł netto na osobę w rodzinie lub 1.051,50 zł netto w przypadku osoby samotnie gospodarującej).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba samotnie gospodarująca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
VI. INNE INFORMACJE	
<input type="checkbox"/> Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	
VII. OŚWIADCZENIA	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ja niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, iż wyrażam wolę udziału w projekcie „Kompleksowy system wsparcia mieszkańców miast i gmin powiatu puckiego w wieku senioralnym i ich opiekunów” finansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Działania 06.02 Usługi Społeczne, Poddziałanie 06.02.02 Rozwój Usług Społecznych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 realizowanym przez Gminę Puck w partnerstwie z Fundacją Phenomen, Gminą Władysławowo, Gminą Miasta Puck i Gminą Kosakowo 2. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie dane zawarte z formularza zgłoszeniowym są zgodne z prawdą. 3. Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt „Kompleksowy system wsparcia mieszkańców miast i gmin powiatu puckiego w wieku senioralnym i ich opiekunów” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020. 4. Zapoznałem/am się z treścią Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego postanowienia. 5. Spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie, określone w ww. Regulaminie. 6. Nie uczestniczę w tym samym czasie w innym projekcie finansowanym ze środków publicznych, oferującym tożsame formy wsparcia. 7. Zobowiązuję się przekazać dane oraz dokumenty potwierdzające moją sytuację na rynku pracy/rynku edukacyjnym po zakończeniu udziału w projekcie celem oceny dokonania postępu w procesie aktywizacji społeczno- zatrudnieniowej. 	
Miejscowość i data:
Czytelny podpis:

OCENA ZGŁOSZENIA (wypełnia Pracownik Socjalny)	
SPEŁNIA KRYTERIA FORMALNE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
SPEŁNIA KRYTERIUM PIERWSZEŃSTWA (dochód)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Kryteria dodatkowe:	
wielokrotne wykluczenie (3 pkt.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności (3 pkt.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
niepełnosprawność sprzężona (5 pkt.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
korzystanie z PO PŻ (3 pkt.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
osoba samotnie gospodarująca (3 pkt.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
RAZEM:	

Sprawdzono dnia

Podpis Pracownika Socjalnego: