



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:

„Pogodna Jesień Życia w powiecie wałbrzyskim i dzierzoniowskim II”

DANE OSOBY WYMAGAJĄCEJ WSPARCIA	Imię	
	Nazwisko	
	Wiek	
	Stopień niepełnosprawności (wpisać jeśli dotyczy)	
	Adres zamieszkania	
	Telefon kontaktowy	
	Adres poczty elektronicznej	

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ (JEŚLI INNA NIŻ KANDYDAT)	Imię	
	Nazwisko	
	Telefon kontaktowy	
	Stopień pokrewieństwa	
	Adres e-mail	

**KRYTERIUM KWALIFIKOWALNOŚCI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
OCENIANE ZEROJEDYŃKOWO****1. Osoba zgłaszana jest osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym**☐ TAK☐ NIE**2. Osoba zgłaszana jest osobą potrzebującą wsparcia***☐ TAK*☐ NIE*

* Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Czynności dnia codziennego: kąpanie się, ubieranie się i rozbieranie, korzystanie z toalety, wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel, samodzielne jedzenie, kontrolowanie wydalania moczu i stolca.

3. osoba zgłaszana jest osobą zamieszkałą na terenie powiatu wałbrzyskiego i dzierzoniowskiego**powiat wałbrzyski** ☐ TAK**powiat dzierzoniowski** ☐ TAK

Jeśli osoba zgłaszana zaznaczyła 3 x TAK - **osoba wypełnia dalej formularz.**

Zaznaczenie jednej lub więcej odpowiedzi NIE - osoba nie kwalifikuje się do udziału w projekcie.

KRYTERIUM PREFERENCJI	PUNKTACJA
Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym ☐ TAK ☐ NIE	NIE = 0 PKT TAK = 8 pkt.
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	PKT
Osoba niepełnosprawna w stopniu umiarkowanym ☐ TAK ☐ NIE	NIE = 0 PKT TAK = 5 pkt.
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	PKT
Osoba niepełnosprawna w stopniu lekkim ☐ TAK ☐ NIE	NIE = 0 PKT TAK = 3 pkt.
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	PKT
Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) ☐ TAK ☐ NIE	NIE = 0 PKT TAK = 8 pkt.
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	PKT



Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną ☐ TAK ☐ NIE	NIE = 0 PKT TAK = 5 pkt.
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	PKT
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną ☐ TAK ☐ NIE	NIE = 0 PKT TAK = 5 pkt.
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	PKT
Osoba z zaburzeniami psychicznymi zdefiniowane w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego ☐ TAK ☐ NIE	NIE = 0 PKT TAK = 5 pkt.
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	PKT
Osoba korzystająca z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 ☐ TAK ☐ NIE	NIE = 0 PKT TAK = 2 pkt.
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	PKT
Osoba mieszkająca samotnie ☐ TAK ☐ NIE	NIE = 0 PKT TAK = 6 pkt.
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	PKT
ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW	PKT

☐ Czy Uczestnik z powodu swojego stanu zdrowia bądź niepełnosprawności (potwierdzonej orzeczeniem) **potrzebuje szczególnych potrzeb/udogodnień** podczas uczestnictwa w projekcie?
Jeżeli tak, proszę wskazać jakie:

TAK ☐NIE ☐

Jakie:



☐ uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

☐ świadomy/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.

Oświadczam, iż

☐ na podstawie Art. 6 ust. 1 a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w procesie rekrutacji do udziału w projekcie „Pogodna Jesień Życia w powiecie wałbrzyskim i dzierżoniowskim II” realizowanym przez Lidera – Multi Pharm Polska Sp z o.o. z siedzibą we Wrocławiu, ul. Romana Dmowskiego 22, 58-300 Wałbrzych, w partnerstwie z Jolanta Woźnica „PERSONA” Ośrodkiem Szkoleniowo-Doradczym z siedzibą w Inowrocławiu przy ul. Dubienka 2, 88-100 Inowrocław oraz partnerem Spółdzielnią Socjalną HELP z siedzibą w Niemojewku 9, 88-320 Strzelno.

.....
Data i podpis osoby wymagającej wsparcia
w projekcie / zgłaszającej zapotrzebowanie

ZAKWALIFIKOWANO DO WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO

☐ TAK

☐ NIE

.....
Data i podpis Koordynatora merytorycznego