



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:

„Pogodna Jesień Życia w powiecie wałbrzyskim i dzierzoniowskim II”

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

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

**KRYTERIUM KWALIFIKOWALNOŚCI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE  
OCENIANE ZEROJEDYNKOWO****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  TAKpowiat 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 <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	NIE = 0 PKT TAK = 8 pkt.
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	.....PKT
Osoba niepełnosprawna w stopniu umiarkowanym <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	NIE = 0 PKT TAK = 5 pkt.
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	.....PKT
Osoba niepełnosprawna w stopniu lekkim <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	NIE = 0 PKT TAK = 8 pkt.
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	.....PKT



Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	NIE = 0 PKT TAK = 5 pkt.
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	.....PKT
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	NIE = 0 PKT TAK = 5 pkt.
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	.....PKT
Osoba korzystająca z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	NIE = 0 PKT TAK = 2 pkt.
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	.....PKT
Osoba mieszkająca samotnie <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	NIE = 0 PKT TAK = 6 pkt.
WYPEŁNIA OSOBA REPREZENTUJĄCA REALIZATORA PROJEKTU	.....PKT
<b>ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW</b>	<b>.....PKT</b>

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.

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

---

**ZAKWALIFIKOWANO DO WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO**

TAK       NIE

.....  
Data i podpis Koordynatora merytorycznego