

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji projektu „CUŚ DOBREGO”

| Data złożenia | Numer formularza |
|---------------|------------------|
|               |                  |

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„CUŚ DOBREGO” realizowanym w okresie od 01.07.2020 r. do 30.06.2023 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. SPZOZ Szpital Św. Ducha w Rawie Mazowieckiej – Partnera
4. Fundację Obudźmy Nadzieję w Rawie Mazowieckiej - Partnera
5. Gminę Rawa Mazowiecka/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Rawie Mazowieckiej – Partnera;
6. Gminę Biała Rawska/Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Białej Rawskiej – Partnera;
7. Gminę Regnów/ Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Regnowie – Partnera.

Celem projektu jest zwiększenie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych poprzez utworzenie i prowadzenie na terenie powiatu rawskiego w okresie od 01.07.2020 r. do 30.06.2023 r. 105 miejsc świadczenia usług społecznych dla 223 osób (172K i 51M) w formie: usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla 2 mieszk. G. Regnów (2K i 0M), 8 mieszk. Gmina Biała Rawska (7K i 1M), 6 mieszkańców Miasta Rawa Mazowiecka (4K i 2M), specjalistycznych usług opiekuńczych dla 2 mieszk. Gmina Biała Rawska (3K i 1M), asystenta rodziny dla 3 mieszk. G. Biała Rawska (3K i 0M), utworzeniu 10 nowych miejsc dla 10 mieszk. (8K i 2M) G. Rawa Mazowiecka i poszerzeniu oferty dla 30 istniejących miejsc (dla 22K i 8M) Klubu seniora w Starej Rossosze, utworzenia 5 nowych miejsc dla 4K i 1 M oraz rozszerzeniu oferty dla 15 istniejących miejsc (11K i 4M) w DDP w Rawie Mazowieckiej oraz utworzeniu 10 miejsc (dla 8K i 2M) w DDP w miejscowości Przewodowice dla mieszkańców powiatu rawskiego, wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego dla 100 mieszkańców powiatu rawskiego (80K i 20M), wsparcia 40 os. (31K i 9M) z otoczenia oraz 34 dzieci (21K i 13M) z rodzin zastępczych (5 niezawodowych i 18 spokrewnionych) z powiatu rawskiego przez 3 koordynatorów pieczy zastępczej, a także 7 miejsc usług zdrowotnych dla 220 mieszk. powiatu rawskiego (135K i 85M) w formie 6 miejsc opieki długoterminowej (dla 15K i 5M) i 1 miejsca organizacji teleopieki dla 120K i 80M.

**Warunkiem rozpatrzenia formularza jest wypełnienie wszystkich wymaganych pól.**

Należy zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru (np. tak, nie). Każde pole powinno być wypełnione (zaznaczone tak lub nie). **Złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.**



**PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

|  |                  |            |
|--|------------------|------------|
| <b>Imię/imiona</b>                                     |                  |            |
| <b>Nazwisko</b>  |                  |            |
| <b>Data urodzenia</b>                                  |                  |            |
| <b>Płeć (Kobieta/Mężczyzna)</b>                        |                  |            |
| <b>PESEL</b>   |                  |            |
| <b>OSOBA NIESAMODZIELNA<br/>(niewłaściwe skreślić)</b> | <b>TAK</b>       | <b>NIE</b> |
| <b>Wykształcenie</b>                                   | Brak             |            |
|  | Podstawowe       |            |
|  | Gimnazjalne      |            |
|  | Ponadgimnazjalne |            |
|  | Pomaturalne      |            |
|  | Wyższe           |            |



| Czy znajduje się Pani /Pan w sytuacji powodującej zagrożenie wykluczeniem społecznym ?<br>(niewłaściwe skreślić)                     | TAK   | NIE |
|--|---|-----|
| <p><b>W PRZYPADKU ZAZNACZENIA KOLUMNY „TAK” PROSZĘ ZAZNACZYĆ POWODY WYKLUCZENIA (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)</b></p> | 1) Ubóstwo;   |     |
|  | 2) Sieroctwo;   |     |
|  | 3) bezdomność;  |     |
|  | 4) bezrobocie;  |     |
|  | 5) niepełnosprawność;   |     |
|  | 6) długotrwała lub ciężka choroba;  |     |
|  | 7) przemoc w rodzinie;  |     |
|  | 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;   |     |



### MIEJSCE ZAMIESZKANIA

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Ulica</b>                    |  |
| <b>Nr domu</b>                  |  |
| <b>Nr lokalu</b>                |  |
| <b>Miejscowość</b>              |  |
| <b>Kod pocztowy</b>             |  |
| <b>Obszar (wiejski/miejski)</b> |  |
| <b>Powiat</b>                   |  |
| <b>Województwo</b>              |  |
| <b>Nr Tel. Stacjonarny</b>      |  |
| <b>Nr tel. komórkowy</b>        |  |
| <b>Adres e-mail</b>             |  |

**Udział w innych projektach finansowanych przez Unię Europejską? .....**  
**Jeśli tak to, w jakich?**

.....

.....

**Skąd dowiedział się Pan/Pani o Projekcie?**

|  |
|--|
|  |
|--|

## II DANE UZUPEŁNIAJĄCE

1. Niepełnosprawność (tak/nie) .....

W przypadku wskazania TAK, do wniosku należy dołączyć dokument potwierdzający niepełnosprawność (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub dokument równoważny);

2. W przypadku ubiegania się o wsparcie, obejmujące zajęcia ruchowe, do wniosku należy dołączyć zaświadczenie od lekarza o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w zajęciach ruchowych.

3. W przypadku ubiegania się o wsparcie, obejmujące wyjazdy na basen, do wniosku należy załączyć zaświadczenie od lekarza o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa w zajęciach na basenie.

1. Informacja o dochodach (w przypadku wyboru kolumny „TAK” należy podać wysokość dochodów):

| Odpowiedź                                 | Tak | Nie |
|---|-----|-----|
| Renta ZUS                                 |     |     |
| Renta socjalna                            |     |     |
| Renta rodzinna                            |     |     |
| Świadczenie pieniężne z pomocy społecznej |     |     |
| Inne                                      |     |     |
| <b>SUMA</b>                               |     |     |

2. Liczba osób w gospodarstwie domowym .....

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis uczestnika projektu)<sup>1</sup>

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