

Tytuł projektu	<b>Srebrna Sieć II</b>		Nr projektu	RPPM.06.02.02-22-0059/20	
Działanie 06.02	<b>Usługi społeczne</b>	Poddziałanie	<b>06.02.02</b>	Okres realizacji	<b>1.12.20–30.06.23</b>

<i>Data wpływu</i>	<i>Podpis osoby przyjmującej formularz</i>

Miejscowość, data .....

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY do projektu „Srebrna Sieć II” dla grupy docelowej osób w wieku powyżej 60 lat

Formularz zgłoszeniowy kandydata/kandydatki na uczestnika/uczestniczkę projektu może być wypełniony elektronicznie (czcionka wielkości minimum 10) lub odręcznie (czytelnie) w języku polskim oraz podpisany imieniem i nazwiskiem w wyznaczonych miejscach. Warunkiem rozpatrzenia Formularza jest **wypełnienie wszystkich wymaganych pól**. Należy zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru.

**Złożenie Formularza nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.**

I. Dane Projektu		
1	<b>Nazwa Partnera Wiodącego</b>	<b>Powiat Słupski</b> , w imieniu którego projekt realizuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku
2	<b>Nazwa Partnera</b>	Gmina .....

II. Dane kandydata/kandydatki do udziału w Projekcie		
<b>Dane osobowe</b>	<b>Imię (imiona)</b>	
	<b>Nazwisko</b>	
	<b>PESEL</b>	
	<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> <b>kobieta</b> <input type="checkbox"/> <b>mężczyzna</b>
<b>Adres zamieszkania</b>	<b>Miejscowość</b>	<b>Ulica</b>
	<b>Nr domu</b>	<b>Nr lokalu</b>
	<b>Kod pocztowy</b>	<b>Poczta</b>
<b>Dane kontaktowe</b>	<b>Telefon</b>	
	<b>Adres e-mail</b>	
	<b>Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)</b>	



### III. Sytuacja rodzinna oraz stopień funkcjonowania kandydata/kandydatki

Oświadczam, że:

<i>(należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)</i>	nie korzystam z usług opiekuńczych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	jestem osobą niesamodzielną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	jestem osobą mieszkającą samotnie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

### IV. Sytuacja zdrowotna kandydata/kandydatki

Oświadczam, że:

<i>(należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)</i>	jestem osobą z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu	<input type="checkbox"/> lekkim lub równoważne <input type="checkbox"/> umiarkowanym lub równoważne <input type="checkbox"/> znacznym lub równoważne	
	jestem osobą z potrzebami z zakresu rehabilitacji wynikającymi z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

### V. Sytuacja dochodowa kandydata/kandydatki

Oświadczam, że:

<i>(należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)</i>	mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie <b>jest równy bądź mniejszy niż 150% kryterium dochodowego</b> , o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie <b>mieści się w zakresie od 150% do 250% kryterium dochodowego</b> , o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie <b>jest wyższy niż 250% kryterium dochodowego</b> , o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE



## VI. Formy wsparcia w projekcie

**Oświadczam, że jestem zainteresowany/a korzystaniem z następujących form wsparcia:**

<i>(należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)</i>	usługi sąsiedzkie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	specjalistyczne usługi opiekuńcze	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	usługi asystenckie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	usługi Klubu Seniora	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

## VII. Informacja o specjalnych potrzebach wynikających z niepełnosprawności

**Czy kandydat/-ka posiada specjalne potrzeby wynikające z jego niepełnosprawności?**  
*(np. realizacji spotkań/zajęć w miejscu dostosowanym do osób z problemami w poruszaniu się/poruszających się na wózku inwalidzkim, długości proponowanego wsparcia, w przypadku korzystania z poczęstunku uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych wynikających z niepełnosprawności, potrzeby pomocy przy przemieszczaniu się, zapewnienie dowozu/przejazdu na zajęcia, itp.)*

tak       nie

**Jeżeli tak, proszę wskazać.**

## VIII. Oświadczenia

**Oświadczam, że:**

1. Dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym, w tym wszystkie oświadczenia są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem/am się z regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w projekcie, akceptuję jego warunki. Deklaruję swój udział w projekcie „Srebrna Sieć II”.
3. W przypadku zakwalifikowania się do projektu zobowiązuję się do bezwzględnego przestrzegania regulaminu uczestnictwa i rekrutacji.
4. Spełniam kryteria kwalifikowalności uczestników określone w regulaminie uczestnictwa i rekrutacji.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Srebrna Sieć II” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014 – 2020.
6. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuję do wiadomości, że podane informacje podlegają weryfikacji przez upoważnione instytucje.

.....  
data i czytelny podpis

### ZALĄCZNIK:

Podpisany regulamin uczestnictwa i rekrutacji.