Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

NAZWA PROJEKTU: „Pomagamy!”.

Projekt realizowany w ramach Funduszy Europejskich dla Lubelskiego 2021-2027 nr projektu FELU.08.05-IZ.00-0014/25. Głównym celem projektu jest poprawa dostępu do usług społecznych na obszarach, gdzie dostęp do tych usług jest utrudniony. Poprawa dostępu do usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej dla 60 osób (31 K i 29 M) zagrożonych wykluczeniem społecznym z gminy miejsko - wiejskiej Ryki, z terenu województwa lubelskiego. Celem jest zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych usług, w tym usług, które wspierają dostęp do opieki skoncentrowanej na osobie, ze szczególnym uwzględnieniem osób znajdujących się w niekorzystnej sytuacji oraz poprawa dostępności, w tym dla osób z niepełnosprawnościami (OzN).

Należy wypełnić drukowanymi literami

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ CHĘĆ UDZIAŁU W PROJEKCIE „Pomagamy!”

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA (KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, ULICA, NR DOMU)	
TELEFON	**E-MAIL**

Nazwa Kryterium	**Spełnia**
Osoba zamieszkała na terenie województwa lubelskiego, w gminie Ryki	
Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	
Osoba z niepełnosprawnością	
Osoba wykluczona komunikacyjnie	
Osoba bezrobotna, w tym długotrwale bezrobotna, objęta wsparciem w programie	
Osoba bierna zawodowo	
Osoba wpisująca się w definicję osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.	
Osoba wymagająca opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego	

Nazwa Kryterium	**Spełnia**
Osoby z krajów trzecich	
Osoba obcego pochodzenia	
Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	
Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	

…… ……..

Miejscowość i data Podpis kandydata

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zapozałam/-em się z **REGULAMINEM REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Pomagamy !” oraz akceptuję jego postanowienia.**
2. Oświadczam, że na dzień przystąpienia do projektu „Pomagamy !”, spełniam wymogi kwalifikacyjne do projektu.
3. Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y, że projekt jest finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
4. **Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych, stanowiącymi załączniki nr 2a i 2b do REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Pomagamy !”.**
5. Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe i mam świadomość odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań.

…… ……..

Miejscowość i data Podpis kandydata

Załącznik nr 1 do Formularza zgłoszeniowego

Miejscowość i data……

Oświadczenie kandydata

Ja niżej podpisany/na ……
Oświadczam, że:

Jestem osobą /odpowiednie przekreślić/:

1. **TAK / NIE** zamieszkującą na terenie powiatu ryckiego,
2. **TAK / NIE** potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
3. **TAK / NIE** wykluczoną komunikacyjnie,
4. **TAK / NIE** osobą leżącą,
5. **TAK / NIE** osobą niesamodzielną,
6. **TAK / NIE** osobą zamieszkującą samotnie,

……

Miejscowość i data

……..

Podpis kandydata

Załącznik nr 2 do Formularza zgłoszeniowego

SKALA OCENY PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO ADL (SKALA KATZA) **wypełnia osoba badana lub opiekun**

Data badania: ……..

Proszę zaznaczyć znakiem X właściwą charakterystykę stanu osoby badanej. Każdy znak X w kolumnie

„TAK” oznacza 1 punkt.

Czynność	**Opis**	**PACJENT SAMODZIELNY**	
		TAK	**NIE**
Kąpanie się/ mycie się	Nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała gąbką, kąpiel w wannie/ prysznic		
Ubieranie się	Ubiera się bez żadnej pomocy, z wyjątkiem wiązania sznurówek		
Korzystanie z toalety	Idzie to toalety, korzysta z toalety, poprawia ubranie, wraca z toalety bez żadnej pomocy (może używać jako podpory laski lub chodzika albo też korzystać w nocy z basenu lub nocnika)		
Poruszanie się	Przemieszcza się z/do łóżka lub na krzesło bez pomocy (może korzystać z laski lub chodzika)		
Kontrolowane wydalanie moczu i stolca	Całkowicie panuje nad zwieraczami (bez sporadycznych epizodów nietrzymania)		
Jedzenie	Odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem ewentualnego krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem)		

Wyniki (opis):

• 6 punktów – w pełni zachowane czynności

• 4 punkty – średniego stopnia upośledzenie

• 2 punkty – ciężkie upośledzenie czynnościowe

SKALA OCENY ZŁOŻONYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO IADL
wypełnia

osoba badana lub opiekun

Data badania: ……..

Proszę wpisać przyznaną punktację przy każdym pytaniu wg następującej skali: 3 punkty – bez pomocy; 2 punkty – z niewielką pomocą; 1 punkt – zupełnie nie.

Pytanie	**Punkty**
Czy potrafi Pan/i korzystać z telefon5u?	
Czy jest Pan/i w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru?	
Czy wychodzi Pan/i z domu po artykuły spożywcze?	
Czy może Pan/i sam przygotować posiłki?	
Czy może Pan/i sam wykonywać prace domowe (np. sprzątanie)?	
Czy może Pan/i sam majsterkować lub dokonywać drobnych napraw w domu?	
Czy może Pan/i sam wyprać swoje rzeczy?	
Czy Pan/i sam/a przyjmuje lub mógłby/mogłaby przyjmować leki?	
Czy może Pan/i sam gospodarować pieniędzmi?	
RAZEM	