



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:

„Pogodna Jesień Życia w powiecie kłodzkim i dzierzoniowskim”

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 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 zamieszkała na terenie powiatu kłodzkiego i dzierzoniowskiegopowiat kłodzki 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
ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW	.....PKT

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 kłodzkim i dzierzoniowskim” realizowanym przez Lidera – Fundację ECO-INNOVA z siedzibą we Wrocławiu, ul. Legnicka 46A/12, 53-674 Wrocław, w partnerstwie z Kancelarią Ekonomii Społecznej non profit sp. z o.o., z siedzibą w Inowrocławiu przy ul. Dubienka 2, 88-100 Inowrocław.

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

ZAKWALIFIKOWANO DO WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO

TAK

NIE

.....
Data i podpis Koordynatora merytorycznego