



Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji z dnia 30 stycznia 2017 r.

Formularz dla kandydata do korzystania ze wsparcia w ramach usług telepomoce

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dane uczestnika projektu:

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

| | |
|---------------------|---|
| Województwo | |
| Miejscowość | |
| Ulica, nr domu | |
| Nr lokalu | |
| Kod pocztowy | |
| Telefon stacjonarny | |
| Telefon komórkowy | |
| E-mail | |
| Wiek | |
| Płeć | Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> |

Dane osoby zgłaszającej/ opiekuna faktycznego(osoba opiekująca się osobą niesamodzielną lub jeżeli działa prawnie w imieniu kandydata):

Nazwisko i imię.....

stopień pokrewieństwa/status prawny.....

Adres zamieszkania.....

telefon kontaktowy.....

seria i nr dowodu osobistego.....

Dane dodatkowe:

1. Status uczestnika projektu

- jestem osobą **spełniającą** kryteria dochodowe, o których mowa w § 3 Regulaminu Rekrutacji - Warunki uczestnictwa w projekcie
- jestem osobą **niespełniającą** kryteriów dochodowych, o których mowa w § 3 Regulaminu Rekrutacji - Warunki uczestnictwa w projekcie
- jestem osobą niesamodzielną i niepełnosprawną w stopniu (podkreśl właściwe)*:
- znacznym
- umiarkowanym
- lekkim
- jestem osobą niesamodzielną przewlekle chorą**
- jestem osobą niesamodzielną mieszkającą samotnie z niemożliwością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego powyżej 65 roku życia**

*obowiązek potwierdzenia odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia po zakwalifikowaniu się do projektu

** obowiązek potwierdzenia odpowiednim zaświadczeniem lekarskim, orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia po zakwalifikowaniu się do projektu

2. Zgłaszam chęć uczestniczenia w następujących formach wsparcia:

- telepomoc

Uczestnicy z terenu powiatu wodzisławskiego objęci systemem nieodpłatnej telepomocy będą mieć możliwość wezwania pomocy w chwili nagłego zagrożenia, powiadomienia bliskich gdzie się znajdują, gdy zgubią się albo nieświadomie porzucą bezpieczny dla siebie obszar, opiekunowie formalni będą mogli stale monitorować podopiecznego poprzez kontakt telefoniczny i elektroniczny z Centrum Operacyjnym obsługującym system.


Uczestnicy zostaną wyposażeni w urządzenia telepomocy nieodpłatnie na okres trwania projektu.

Uczestnicy zostaną przeszkoleni w zakresie obsługi urządzeń (telefon oraz opaska na rękę z przyciskiem SOS) przez trenera w miejscu zamieszkania.

- pomoc środowiskowych grup wsparcia(zaznacz w przypadku łączenia wsparcia z telepomocą)

Korzystanie ze wsparcia udzielanego przez środowiskowe grupy wsparcia możliwe jest dla osób mieszkających na terenie jednego z trzech obszarów: Osiedla Karola i Osiedla Orłowiec w Rydułtowach, Dzielnicy Stare Miasto w Wodzisławiu Śląskim, Osiedla Emma w Radlinie. Uczestnicy otrzymają pomoc członków środowiskowych grup wsparcia, pomoc w zakupach,

umówienie wizyty u lekarza, wsparcie psychologiczne, prawne, informacje o korzystaniu z telepomocy, korzystanie z porad psychologa i prawnika.

 Oświadczam, że nie korzystam z następujących form wsparcia:

- usług asystenckich
- krótkookresowego całodobowego i dziennego pobytu dla osób niesamodzielnych(np. w domu pomocy społecznej, domu seniora, świetlicach środowiskowych ,innej podobnej instytucji)
- usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania

4. Oświadczam, iż mój dochód przypadający na 1osobę (dochód z ostatnich 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku):

- nie przekracza dla osoby samotnie gospodarującej – wysokości 975,00 zł / miesiąc
- nie przekracza dla osoby funkcjonującej w rodzinie – wysokości 771,00 zł / miesiąc
- przekracza ww. kryteria dochodowe

5. Oświadczam, iż zapoznałem(am) się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Środowiskowy Interfejs Pomocowy”.

Pouczenie

Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z § 233 Kodeksu Karnego.

Załącznik:

- kserokopia dowodu osobistego kandydata

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU/ OPIEKUNA PRAWNEGO

| | |
|---|----------------------------------|
| <p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. (Dz. U. z 2016r. nr 101 poz. 922)</p> | <p>..... Czytelny podpis</p> |
| <p>Miejscowość i data</p> | |

Wpłynęło*:

data: **godz.:**

data stempla pocztowego:

Osoba przyjmująca.....
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wodzisławiu Śląskim

/czytelny podpis: imię i nazwisko/

Środowiskowy Interfejs Pomocowy
Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

*prosimy nie wypełniać pola



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Śląskie. Pozytywna energia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wodzisławiu Śląskim
„Środowiskowy Interfejs Pomocy”
Projekt współfinansowany ze środków
Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego