



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 1 - Formularz zgłoszeniowy Osoby wymagającej wsparcia

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

„Moc wieku – pełnia życia. Usługi społeczne na rzecz seniorów w gminie Tolkmicko”
FEWM.09.05-IZ.00-0023/25

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI

| DANE UCZESTNIKA PROJEKTU | |
|--------------------------|---------------------|
| IMIĘ | |
| NAZWISKO | |
| WIEK | |
| DATA URODZENIA | |
| ADRES ZAMIESZKANIA | |
| ULICA | |
| NR BUDYNKU/MIESZKANIA | |
| MIEJSCOWOŚĆ | |
| KOD POCZTOWY | 82-340 |
| GMINA | TOLKMICKO |
| POWIAT | ELBLĄSKI |
| WOJEWÓDZTWO | WARMIŃSKO-MAZURSKIE |

KRYTERIA DOSTĘPU

1. Zamieszkanie na terenie Gminy Tolkmicko

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że zamieszkuję na terenie Gminy Tolkmicko.

Miejscowość i data:

Czytelny podpis uczestnika projektu:

Należy załączyć: zaświadczenie o zameldowaniu lub Certyfikat Rezydencji Podatkowej/ inny dokument urzędowy ze wskazaniem adresu zamieszkania.



2. Kryterium wiekowe

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że mam ukończone 60 lat.

Miejscowość i data:

Czytelny podpis uczestnika projektu:

Należy dołączyć: dokument z PESEL, np. zaświadczenie o zameldowaniu.

3. Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że wymagam wsparcia w co najmniej jednej czynności życia codziennego, tj: *(należy wskazać w jakiej/jakich):*

- robienie zakupów spożywczych lub innych potrzebnych rzeczy
- przygotowywanie posiłków
- sprzątanie mieszkania lub drobne prace porządkowe
- załatwianie spraw urzędowych (np. w urzędzie, banku, na poczcie)
- umawianie wizyt lekarskich lub pomoc w kontakcie z lekarzem
- dojazd do lekarza, urzędu lub na rehabilitację
- wykupienie lub odbiór leków z apteki
- pomoc w korzystaniu z telefonu, komputera lub internetu
- wyjście z domu na spacer lub do instytucji (np. domu kultury, biblioteki)
- rozmowę i towarzystwo (np. wspólne spędzenie czasu)
- pomoc w organizacji dnia i przypominanie o ważnych sprawach
- inne (jakie?) _____

Miejscowość i data:

Czytelny podpis uczestnika projektu:

Należy dołączyć: zaświadczenie z Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Tolkmicku lub orzeczenie o niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarskie lub oświadczenie uczestnika o statusie osoby wymagającej wsparcia w co najmniej jednej czynności życia codziennego, ze wskazaniem rodzaju danej czynności.



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez
Unię Europejską



4. Wyrażenie woli uczestnictwa w projekcie

Ja, niżej podpisany/a, wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „Moc wieku – pełnia życia. Usługi społeczne na rzecz seniorów w gminie Tolkmicko”

Miejscowość i data:

Czytelny podpis uczestnika projektu:

KRYTERIA PREMIUJĄCE

Osoba z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi **TAK**, należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzoną za zgodność z oryginałem.

- TAK
- NIE

Osoba z niepełnosprawnością w stopniu znacznym

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi **TAK**, należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzoną za zgodność z oryginałem.

- TAK
- NIE

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi **TAK**, należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzoną za zgodność z oryginałem.

- TAK
- NIE

Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi **TAK**, należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzoną za zgodność z oryginałem.

- TAK
- NIE

Osoba z chorobą psychiczną

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi **TAK**, należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzoną za zgodność z

- TAK
- NIE



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez
Unię Europejską



| | |
|---|---|
| oryginałem. | |
| Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (ICD-10) W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK , należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzoną za zgodność z oryginałem. | <ul style="list-style-type: none">• TAK• NIE |
| Osoba korzystająca z programu FE Pomoc Żywnościowa 2021–2027 W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK , należy dołączyć zaświadczenie o korzystaniu z programu. | <ul style="list-style-type: none">• TAK• NIE |
| Osoba zamieszkująca samotnie | |
| Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że jestem/ nie jestem* osobą mieszkającą samotnie. | |
| Miejscowość i data: _____ | Czytelny podpis uczestnika projektu: _____ |
| *Niepotrzebne należy skreślić. | |

SPECJALNE POTRZEBY W KONTEKŚCIE DOSTĘPNOŚCI DO USŁUGI

| |
|--|
| Czy posiada Pan/Pani specjalne potrzeby w kontekście dostępności do usługi? |
| <ul style="list-style-type: none">• Tak• Nie• Odmowa podania informacji |
| <i>Zgodnie ze Standardami dostępności dla polityki spójności 2021–2027, stanowiącymi załącznik nr 2 do Wytycznych dotyczących realizacji zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021–2027.</i> |
| POLE OPISOWE – SPECJALNE POTRZEBY DOSTĘPNOŚCIOWE - Specjalnych potrzeb w kontekście dostępności do usług (jeżeli zaznaczono TAK) Przykładowe specjalne potrzeby (katalog otwarty): |
| <input type="checkbox"/> tłumacz polskiego języka migowego (PJM), |
| <input type="checkbox"/> asystent osoby z niepełnosprawnością, |



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez
Unię Europejską



| |
|--|
| <input type="checkbox"/> dostosowanie architektoniczne (np. brak barier, podjazd, winda), |
| <input type="checkbox"/> dostosowanie materiałów (np. duża czcionka, wersja elektroniczna, ETR), |
| <input type="checkbox"/> dostosowanie komunikacji (np. wsparcie indywidualne, wydłużony czas), |
| <input type="checkbox"/> sala / pomieszczenie dostosowane do potrzeb, |
| <input type="checkbox"/> inne – jakie – proszę opisać ? |

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Moc wieku – pełnia życia. Usługi społeczne na rzecz seniorów w gminie Tolkmicko” i w pełni akceptuję jego zapisy oraz spełniam warunki udziału w projekcie.
- Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że zapewnienie dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz osób ze szczególnymi potrzebami w projekcie realizowane jest zgodnie ze Standardami dostępności dla polityki spójności 2021–2027 oraz zasadą równości szans i niedyskryminacji.
- Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym prowadzonym na potrzeby realizacji projektu.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z realizacją projektu, zgodnie z obowiązującymi przepisami RODO.
- W przypadku zakwalifikowania się do udziału w Projekcie, zobowiązuje się do niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach dotyczących podanych danych, o ile one wystąpią w trakcie trwania projektu.
- W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie, nie będę wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń.
- Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Prawdziwość zawartych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Oświadczam, że zostałam/zostałem pouczona/pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Data/Miejscowość

Czytelny podpis uczestnika projektu
