



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 2 - Formularz zgłoszeniowy Opiekuna 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
GINA	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.



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez
Unię Europejską



2. Kryterium wiekowe

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że mam ukończone 18 lat.

Miejscowość i data:

Czytelny podpis uczestnika projektu:

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

3. Osoba sprawująca opiekę nad osobą wymagającą wsparcia

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że sprawuję opiekę nad osobą wymagającą wsparcia:

(należy podać imię i nazwisko osoby wymagającej wsparcia, zgłoszonej do projektu)

Miejscowość i data:

Czytelny podpis uczestnika projektu:

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:



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez
Unię Europejską



KRYTERIA PREMIUJĄCE

Osoba sprawująca opiekę nad osobą z niepełnosprawnością w stopniu znacznym, niepełnosprawnością sprzężoną, chorobami psychicznymi, niepełnosprawnością intelektualną, chorobami psychicznymi, całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10);

- TAK
- NIE

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

Jestem osobą korzystającą z programu FE Pomoc Żywnościowa 2021–2027

- TAK
- NIE

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi **TAK**, należy dołączyć zaświadczenie o korzystaniu z programu.

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że jestem osobą samotnie sprawującą opiekę nad osobą wymagającą wsparcia.

Miejscowość i data:

Czytelny podpis uczestnika projektu:

SPECJALNE POTRZEBY W KONTEKŚCIE DOSTĘPNOŚCI DO USŁUGI

Czy posiada Pan/Pani specjalne potrzeby w kontekście dostępności do usługi?

- Tak
- Nie
- Odmowa podania informacji

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.

POLE OPISOWE – SPECJALNE POTRZEBY DOSTĘPNOŚCIOWE -
Specjalnych potrzeb w kontekście dostępności do usług (jeżeli zaznaczono **TAK**)
Przykładowe specjalne potrzeby (katalog otwarty):

tłumacz polskiego języka migowego (PJM),



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez
Unię Europejską



<input type="checkbox"/> asystent osoby z niepełnosprawnością,
<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 pouczone/pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Data/Miejscowość

Czytelny podpis uczestnika projektu
