

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
do projektu "Asystencja równych szans"

I. DANE KANDYDATA

Imię i nazwisko:	
Data urodzenia:	
PESEL:	
Adres zamieszkania (ulica, nr domu/lokalu):	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Gmina:	
Powiat:	
Województwo:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	

II. INFORMACJE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Stopień niepełnosprawności:	☐ znaczny ☐ umiarkowany
Symbol niepełnosprawności:	
Numer orzeczenia:	
Data ważności orzeczenia:	

III. PUNKTACJA REKRUTACYJNA

Proces kwalifikacji do projektu odbywa się w oparciu o ocenę merytoryczną dokonywaną przez Komisję Rekrutacyjną. Na podstawie informacji zawartych w niniejszym formularzu Komisja Rekrutacyjna przyznaje punkty w następujących obszarach: potrzeba wsparcia – maksymalnie **8 punktów**, sytuacja życiowa – maksymalnie **5 punktów**, motywacja do zmiany – maksymalnie **4 punkty**, bariery terytorialne – maksymalnie **3 punkty**. Maksymalna liczba punktów możliwa do uzyskania w procesie rekrutacji wynosi **20 punktów**.

A. OCENA POTRZEBY WSPARCIA

Proszę ocenić stopień trudności, jakie napotyka Pani/Pan w codziennym funkcjonowaniu. Odpowiedzi posłużą Komisji Rekrutacyjnej do oceny potrzeby wsparcia.

Skala odpowiedzi: 1 – brak trudności, 2 – niewielkie trudności, 3 – umiarkowane trudności, 4 – duże trudności, 5 – bardzo duże trudności

Obszar funkcjonowania	Ocena
Samodzielne poruszanie się poza domem (np. wyjście do sklepu, lekarza, urzędu)	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Samoobsługa (np. ubieranie się, przygotowanie posiłków, czynności dnia codziennego)	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Załatwianie spraw urzędowych i osobistych	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Kontakty społeczne i uczestnictwo w życiu społecznym	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

B. SYTUACJA ŻYCIOWA

Proszę zaznaczyć **jedną odpowiedź**, która najlepiej opisuje Pani/Pana sytuację życiową.

- ☐ Mieszkam samodzielnie i prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe
- ☐ Mieszkam z osobami, które ze względu na wiek, stan zdrowia lub własną niepełnosprawność nie są w stanie zapewnić mi niezbędnego wsparcia
- ☐ Mieszkam z rodziną, która może zapewnić mi częściowe wsparcie
- ☐ Mieszkam z rodziną, która zapewnia mi pełne wsparcie w codziennym funkcjonowaniu

C. MOTYWACJA DO ZMIANY

Proszę opisać, w jaki sposób wsparcie asystenta osobistego może pomóc Pani/Panu w zwiększeniu samodzielności oraz realizacji codziennych aktywności lub celów życiowych.

.....

.....

.....

.....

D. BARIERY TERYTORIALNE

Proszę zaznaczyć **jedną odpowiedź** dotyczącą miejsca zamieszkania.

- ☐ **3 pkt** – obszar wiejski
- ☐ **3 pkt** – miejscowość do 20 tys. mieszkańców
- ☐ **0 pkt** – miejscowość powyżej 20 tys. mieszkańców

IV. WSKAZANIE PREFEROWANEGO ASYSTENTA OSOBISTEGO

Jeśli zna Pani/Pan osobę, którą chciałby/chciałaby Pani/Pan wskazać jako asystenta osobistego, proszę podać jej dane. **Uwaga: nie może to być członek rodziny, opiekun prawny ani osoba zamieszkująca wspólnie z kandydatem.**

Imię i nazwisko wskazanego asystenta:	
Telefon kontaktowy asystenta:	
E-mail asystenta:	

V. OŚWIADCZENIA I ZGODY

- a) Oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią.
- b) Oświadczam, że zamieszkuję na terenie województwa lubelskiego.
- c) Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie równoważne.
- d) Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie oraz akceptuję jego postanowienia.
- e) Wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie i zobowiązuje się do aktywnego udziału w zaplanowanych działaniach.
- f) Oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe i kompletne.
- g) Przyjmuję do wiadomości, że złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
- h) Zobowiązuję się do informowania Organizatora o zmianie danych osobowych i kontaktowych podanych w formularzu.
- i) Oświadczam, że w chwili zgłoszenia do Projektu nie korzystam z usług asystencji osobistej finansowanych z innych środków publicznych, z wyjątkiem ewentualnych usług asystenta dydaktycznego w placówce edukacyjnej.
- j) Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora o rozpoczęciu w trakcie udziału w Projekcie korzystania z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków publicznych.
- k) Potwierdzam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w związku z rekrutacją i udziałem w Projekcie.

VI. LISTA ZAŁĄCZNIKÓW

Do formularza należy dołączyć:

- a) kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego,
- b) podpisaną deklarację uczestnictwa w Projekcie,
- c) podpisaną klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis kandydata/-ki
lub opiekuna prawnego