



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „KTOŚ przy Tobie w regionie łódzkim”

Data złożenia	Numer formularza	Forma/y wsparcia

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„KTOŚ przy Tobie w regionie łódzkim” realizowanego od 01.03.2024 r. do 29.02.2028 r. przez partnerów:

1. Fundacja KTOŚ – Partnera Wiodącego;
2. Fundację Idee Społeczne FIDEES – Partnera.

Celem projektu jest zwiększenie dostępu do równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług społecznych poprzez zapewnienie dostępu do usług asystencji osobistej na terenie woj. łódzkiego w okresie od 01.03.2024 r. do 29.02.2028 r. dla 24 osób (14 K, 10M) w formie:

A. Usług podstawowych:

- usług asystenckich (AON, AONN),

B. Wsparcia towarzyszącego:

- transportu indywidualnego typu door-to-door,
- spotkań integracyjnych,
- poradnictwa psychologicznego,
- poradnictwa prawnego,
- wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego i opiekuńczego.

Wsparciem towarzyszącym mogą zostać objęci tylko uczestnicy projektu tj. osoby korzystające co najmniej z jednej form wsparcia podstawowego.

Wymagane dokumenty do formy wsparcia A np. wywiad środowiskowy, arkusz z wynikami skali Lawtona/Katza/Barthela, ocena potrzeby wsparcia, zaświadczenie lekarskie, orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej, dokument tożsamości.

Warunkiem rozpatrzenia formularza jest wypełnienie wszystkich wymaganych pól.

Właściwą odpowiedź należy zaznaczyć biorąc ją w kółko.

Złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię/imiona	
-------------	--



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Nazwisko		
Data urodzenia		
Płeć	KOBIETA	MĘŻCZYZNA
PESEL		
OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU (osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego)	TAK	NIE
OSOBA NARAŻONA NA UMIESZCZENIE W INSTYTUCJACH CAŁODOBOWYCH	TAK	NIE
Wykształcenie	ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0–2) (przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum)	
	PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4) (osoby, które <u>ukończyły</u> szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną)	
	WYŻSZE (ISCED 5–8) (osoby, które <u>ukończyły</u> studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie)	
CZY KORZYSTA PAN/PANI Z PROGRAMU FUNDUSZE EUROPEJSKIE NA POMOC ŻYWNOŚCIOWĄ (FE PŻ)?	TAK	NIE
CZY JEST PAN/PANI OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ?	TAK	NIE
W PRZYPADKU ZAZNACZENIA KOLUMNY „TAK” PROSZĘ	1) jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;	



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



ZAZNACZYĆ SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)	2) jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną;
	3) jestem osobą z chorobami psychicznymi;
	4) jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną;
	5) jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (zgodnie ze szczegółowym katalogiem wymienionym w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „KTOŚ przy Tobie w regionie łódzkim”
Liczba osób w gospodarstwie domowym	

MIEJSCE ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE

Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Obszar (wiejski/miejski)	
Powiat	
Województwo	
Nr tel. kontaktowego	
Adres e-mail	

Czy bierze Pan/Pani udział w innych projektach finansowanych przez Unię Europejską?

.....

Jeśli tak to, w jakich?

.....



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Skąd dowiedział się Pan/Pani o Projekcie?

II INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

1. Udział w projekcie wiąże się z wnoszeniem częściowej odpłatności za usługi asystenckie, jednak nie więcej niż 10% kosztów otrzymywanej usługi – wysokość odpłatności zostanie ustalona przez Zarząd Fundacji KTOŚ.
2. Do formularza należy dołączyć dokumenty potwierdzające dane o sytuacji życiowej przedstawione w formularzu.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis osoby zgłaszającej się do projektu)¹

¹ W przypadku, gdy do udziału w projekcie zgłaszana jest osoba małoletnia lub nie mająca zdolności do czynności prawnych, formularz podpisuje rodzic/opiekun prawny.