



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



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

Data złożenia	Numer formularza
	USŁUGA ASYSTENCKA

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„KTOŚ przy Tobie” realizowanego od 01.11.2024 r. do 31.12.2027 r. przez Fundację KTOŚ.

Celem projektu jest zapewnienie dostępu do usług asystencji osobistej, tj. wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym dla 18os. (10K;8M) potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu wieku, stanu zdrowia, niepełnosprawności, w wieku 18 lat i więcej, z łodzi (woj. łódzkie), poprzez zapewnienie wsparcia asystenta osobistego i opieki psychologicznej i prawnej w okr.1.11.2024-31.12.2027 r.

A. Usług podstawowych:

- usług asystenckich (AON, AONN),

B. Wsparcia towarzyszącego:

- poradnictwo psychologiczne,
- poradnictwo prawne,
- udział w wydarzeniach kulturalnych, rozrywkowych, sportowych lub społecznych,

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	
Nazwisko	
Data urodzenia	



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



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
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 ZAZNACZYĆ SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)	1) jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;	
	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”)	
Liczba osób w gospodarstwie domowym		

MIEJSCE ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



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?

.....

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 6,5% 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.