Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „CUS II dla powiatu bełchatowskiego”

**WNIOSEK O PRZYZNANIE USŁUGI SPOŁECZNEJ**

**UCZESTNIKA PROJEKTU**

**„CUS II dla powiatu bełchatowskiego”**

(wypełnia wnioskodawca lub jego opiekun prawny)

1. **DANE WNIOSKODAWCY**

Dane wnioskodawcy, osoby pełnoletniej, nieubezwłasnowolnionej, odbiorcy usług społecznych.

Dane opiekuna ustawowego, opiekuna prawnego, faktycznego również należy wpisać w rubryce dane wnioskodawcy.

Jeżeli usługa świadczona będzie dla osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej jej dane należy wpisać w rubryce: DANE UCZESTNIKA USŁUG SPOŁECZNYCH.

|  |
| --- |
| **Nazwisko i imię** (imiona) |
|  |
| **Płeć** |
| 🞎 Kobieta  | 🞎 Mężczyzna |
| **PESEL/Inny identyfikator** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Obywatelstwo** |  |
| **Adres zamieszkania** |
| Ulica, nr domu/ nr lokalu |  |
| Miejscowość, kod pocztowy |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Województwo |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| **Adres do korespondencji** (jeśli jest inny niż adres zamieszkania) |
|  |
| Wykształcenie: |
| 🞎 niższe niż podstawowe |
| 🞎 podstawowe |
| 🞎 gimnazjalne |
| 🞎 ponadgimnazjalne: zawodowe |
| 🞎 ponadgimnazjalne: średnie |
| 🞎 pomaturalne/ policealne |
| 🞎 wyższe |
| Osoba bierna zawodowo: |
| 🞎 NIE  | 🞎 TAK, w tym: | 🞎 ucząca się - data zakończenia edukacji w obecnej placówce: |
| 🞎 nie ucząca się |
| Osoba zarejestrowana w Urzędzie Pracy: |
| 🞎 NIE  | 🞎 TAK |
| Osoba pracująca: |
| 🞎 NIE | 🞎 TAK |
| W tym: (jeżeli dotyczy) |
| 🞎 osoba prowadząca działalność na własny rachunek🞎 osoba pracująca w administracji rządowej🞎 osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]🞎 osoba pracująca w organizacji pozarządowej🞎 osoba pracująca w MMŚP🞎 osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie🞎 osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą🞎 osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)🞎 osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) | 🞎 osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)🞎 osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)🞎 osoba pracująca na uczelni🞎 osoba pracująca w instytucie naukowym🞎 osoba pracująca w instytucie badawczym🞎 osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz🞎 osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym🞎 osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki🞎 osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej🞎 Inne |

1. **DANE** **UCZESTNIKA USŁUG SPOŁECZNYCH**

Dane osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej, odbiorcy usług społecznych. Jeśli osoba jest pełnoletnia i nieubezwłasnowolniona i dane są takie same jak wyżej, sekcji II nie trzeba wypełniać.

|  |
| --- |
| **Nazwisko i imię** (imiona) |
|  |
| **Płeć** |
| 🞎 Kobieta  | 🞎 Mężczyzna |
| Wiek w chwili przystąpienia do Projektu: |  |
| **PESEL/Inny identyfikator** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Poniższe wypełnić jeżeli dane są inne niż wnioskodawcy**  |
| Adres zamieszkania  |
| Ulica, nr domu/ nr lokalu |  |
| Miejscowość, kod pocztowy |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Województwo |  |
| Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania) |
|  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |

1. STATUS ODBIORCY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

|  |
| --- |
| Wykształcenie: |
| 🞎 niższe niż podstawowe |
| 🞎 podstawowe |
| 🞎 ponadgimnazjalne: zawodowe |
| 🞎 ponadgimnazjalne: średnie |
| 🞎 pomaturalne/ policealne |
| 🞎 gimnazjalne |
| 🞎 wyższe |
| Osoba bierna zawodowo: |
| 🞎 NIE  | 🞎 TAK |
|
| Osoba zarejestrowana w Urzędzie Pracy: |
| 🞎 NIE  | 🞎 TAK |
| Osoba pracująca: |
| 🞎 NIE  | 🞎 TAK |
| W tym (jeżeli dotyczy): |
| 🞎 osoba prowadząca działalność na własny rachunek🞎 osoba pracująca w administracji rządowej🞎 osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]🞎 osoba pracująca w organizacji pozarządowej🞎 osoba pracująca w MMŚP🞎 osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie🞎 osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą🞎 osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)🞎 osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) | 🞎 osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)🞎 osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)🞎 osoba pracująca na uczelni🞎 osoba pracująca w instytucie naukowym🞎 osoba pracująca w instytucie badawczym🞎 osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz🞎 osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym🞎 osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki🞎 osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej🞎 Inne |

1. STATUS UPRAWNIAJĄCY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:

|  |
| --- |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane, np. takiej jak Romowie) |
| 🞎 NIE | 🞎 TAK, jeśli tak, to jakiej:  | 🞎 Odmowa podania informacji |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  |
| 🞎 NIE  | 🞎 TAK  | 🞎 Odmowa podania informacji |
| Osoba z niepełnosprawnościami: |
| 🞎 NIE | 🞎 TAK, rodzaj stwierdzonej niepełnosprawności: |
| Osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności: |
| 🞎 NIE | 🞎 TAK |
| Osoba obcego pochodzenia: |
| 🞎 NIE | 🞎TAK jeśli tak, jakiego: | 🞎Odmowa podania informacji |
| Obywatel państwa trzeciego: |
| 🞎 NIE | 🞎TAK jeśli tak, jakiego: | 🞎Odmowa podania informacji |

1. OCENA PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO:

**SKALA KATZA**

Proszę zaznaczyć znakiem X właściwą charakterystykę stanu osoby badanej. Każdy znak X w kolumnie „TAK” oznacza 1 punkt

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CZYNNOŚĆ | OPIS | SAMODZIELNOŚĆ |
| TAK | NIE |
| KĄPANIE/MYCIE SIĘ  | Nie wymaga pomocy lub pomoc potrzebna jest tylko przy myciu jednej części ciała gąbką, kąpiel w wannie/ prysznic |  |  |
| UBIERANIE SIĘ | Ubiera się bez żadnej pomocy, z wyjątkiem wiązania sznurówek |  |  |
| KORZYSTANIE Z TOALETY  | Idzie to toalety, korzysta z toalety, poprawia ubranie, wraca z toalety bez żadnej pomocy (może używać laski lub chodzika albo też korzystać w nocy z basenu lub nocnika) |  |  |
| PORUSZANIE SIĘ | Przemieszcza się z/do łóżka lub na krzesło bez pomocy (może korzystać z laski lub chodzika) |  |  |
| KONTROLOWANIE WYDALANIA MOCZU I STOLCA  | Całkowicie panuje nad zwieraczami (bez sporadycznych epizodów nietrzymania) |  |  |
| JEDZENIE  | Odżywia się bez pomocy (z wyjątkiem ewentualnego krojenia mięsa lub smarowania pieczywa masłem) |  |  |
| Każde TAK oznacza 1 punkt. PUNKTACJA: 5-6 - OSOBY SPRAWNE, 3-4 - OSOBY UMIARKOWANIE NIESPRAWNE, 2 - OSOBY ZNACZNIE NIESPRAWNE |  |  |

**SKALA LAWTONA**

Proszę wpisać właściwą charakterystykę stanu osoby badanej:

3 punkty - bez pomocy

2 punkty - z niewielką pomocą

1 punkt - nie jest w stanie wykonać tej czynności

|  |  |
| --- | --- |
| PYTANIE | PUNKTY |
| Czy potrafisz korzystać z telefonu?  |  |
| Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru?  |  |
| Czy wychodzisz z domu po artykuły spożywcze? |  |
| Czy możesz sam przygotować posiłki? |  |
| Czy możesz sam wykonać prace domowe (sprzątanie)? |  |
| Czy możesz sam majsterkować lub dokonywać drobnych napraw w domu? |  |
| Czy możesz sam wyprać swoje rzeczy? |  |
| Czy sam przyjmujesz lub mógłbyś przyjmować leki?  |  |
| Czy możesz sam gospodarować pieniędzmi?  |  |
| RAZEM |  |

**SKALA BARTHELA**

w punktach 1-10 należy wpisać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA CZYNNOŚCI** | WARTOŚĆ PUNKTOWA |
| Spożywanie posiłków0= nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać, 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10= samodzielny, niezależny |  |
| Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie0= nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5= przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna)15=samodzielny |  |
| Utrzymanie higieny osobistej0= nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5=potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych 10=samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami |  |
| Korzystanie z toalety (WC)0= nie korzysta w ogóle z toalety 5= potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10=samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby  |  |
| Mycie i kąpiel całego ciała0= kapany w wannie przy pomocy podnośnika 5= wymaga pomocy 10=samodzielny |  |
| Poruszanie się po powierzchniach płaskich0= w ogóle nie porusza się 5= porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciem sprzętu wspomagającego |  |
| Wchodzenie i schodzenie po schodach0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5= potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji, przenoszenia10= samodzielny |  |
| Ubieranie się i rozbieranie0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby 5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby10= samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł) |  |
| Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu0= nie panuje nad oddawaniem stolca 5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10= kontroluje oddawanie stolca |  |
| Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego0= nie panuje nad oddawaniem moczu 5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10= kontroluje oddawanie moczu |  |
| Łączna liczba punktów |  |

Wnioskuję o zakwalifikowanie mnie do poniżej wskazanej/ych przeze mnie usługi/usług:

(zaznacz X usługę, o którą wnioskujesz, może być więcej niż jedna)

|  |
| --- |
|  |
| 🞎 Dzienny Dom Pobytu Przystań w Bełchatowie |
| 🞎 Otoczenie podopiecznych Dziennego Domu Pobytu Przystań w Bełchatowie |
| 🞎 Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej Bełchatów |
| 🞎 Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania Zelów |
| 🞎 Klub Seniora w Zalesiu  |

***Oświadczam, że:***

1. Oświadczam, iż zostałam(-em) poinformowana(-y), że projekt jest współfinansowany ze środków EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO PLUS.
2. Oświadczam, że podopieczny pozostaje pod moją faktyczną opieką całodobową (jeśli dotyczy).
3. Uprzedzona(-y) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie

nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Wniosku są zgodne z prawdą.

1. Oświadczam, że zapoznałam(-em) się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „CUS II dla powiatu bełchatowskiego”.
2. Oświadczam, iż zostałam(-em) poinformowana(-y), że złożenie WNIOSKU O PRZYZNANIE USŁUGI SPOŁECZNEJ jest jednoznaczne z oświadczeniem o wyrażeniu woli uczestnictwa w projekcie.
3. Oświadczam, iż wypełnienie niniejszego Wniosku nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
4. Oświadczam, że po zakwalifikowaniu się do Projektu, zobowiązuję się do złożenia następujących dokumentów:
* Załącznik nr 3 – DEKLARACJA UCZESTNICTWA
* Załącznik nr 5- ZGODA NA WYKORZYSTANIE I ROZPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU

|  |  |
| --- | --- |
| …..………………………………………  | ………………………………………………………………………………………………… |
|  *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU lub jeżeli usługa świadczona będzie dla osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej OPIEKUNA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO* |