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 posiłków  0= 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/siadanie  0= 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 osobistej  0= 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 ciała  0= kapany w wannie przy pomocy podnośnika  5= wymaga pomocy  10=samodzielny |  |
| Poruszanie się po powierzchniach płaskich  0= 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 schodach  0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby  5= potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji, przenoszenia  10= samodzielny |  |
| Ubieranie się i rozbieranie  0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby  5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby  10= samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł) |  |
| Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu  0= nie panuje nad oddawaniem stolca  5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec  10= kontroluje oddawanie stolca |  |
| Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego  0= 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* |