

**CUS II dla powiatu bełchatowskiego**PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO PLUS
W RAMACH PROGRAMU REGIONALNEGO FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA ŁÓDZKIEGO 2021 – 2027

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa:

WNIOSEK O PRYZNANIE USŁUGI SPOŁECZNEJ

(wypełnia wnioskodawca lub jego opiekun prawny)

I. DANE WNIOSKODAWCY

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

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

Jeżeli usługa świadczona będzie dla osoby niepełnoletniej lub ubezważnowolnionej jej dane należy wpisać w rubryce dane odbiorcy.

Nazwisko i imię (imiona)	
Płeć	
<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL/Inny identyfikator	
Wiek w chwili przystąpienia do Projektu:	
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)	
Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	<input type="checkbox"/> obszary wiejskie
	<input type="checkbox"/> małe miasto i przedmieścia
	<input type="checkbox"/> miasto

II. DANE ODBIORCY USŁUG SPOŁECZNYCH

Dane osoby niepełnoletniej lub ubezważnowolnionej, odbiorcy usług społecznych.

Nazwisko i imię (imiona)	
Płeć	
<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna



Realizator projektu:

Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych PRYZYSTAŃ

ul. Żeromskiego 1, 97-400 Bełchatów tel. 516045260,

e-mail: biuro@przystan.belchatow.pl

Wiek w chwili przystąpienia do Projektu:											
PESEL/Inny identyfikator											
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											
Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	<input type="checkbox"/> obszary wiejskie										
	<input type="checkbox"/> małe miasto i przedmieścia										
	<input type="checkbox"/> miasto										

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

Wiek w chwili przystąpienia do Projektu:		
Wykształcenie:		
<input type="checkbox"/> podstawowe		
<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne: zawodowe		
<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne: średnie		
<input type="checkbox"/> pomaturalne/ policealne		
<input type="checkbox"/> gimnazjalne		
<input type="checkbox"/> wyższe		
Osoba bierna zawodowo:		
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK w tym:	<input type="checkbox"/> ucząca się
		<input type="checkbox"/> nie ucząca się
Emeryt/rencista		
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	
Osoba zarejestrowana w Urzędzie Pracy:		
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	
Osoba pracująca:		
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	
Miejsce pracy:		

<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w organizacji	<input type="checkbox"/> pozarządowej <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w MMŚP <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne
Wykonywany zawód:	
<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny

IV. STATUS UPRAWNIAJĄCY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane, np. takiej jak Romowie)		
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, jeśli tak, to jakiej:	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań		
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba z niepełnosprawnościami:		
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, rodzaj stwierdzonej niepełnosprawności:	
Osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności:		
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	
Osoba obcego pochodzenia:		
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK jeśli tak, jakiego:	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Obywatel państwa trzeciego:		
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK jeśli tak, jakiego:	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba korzystająca z programu FE PŻ (Pomoc Żywnościowa):		
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	
Osoba zamieszkująca samotnie:		
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, jakiej:		

V. 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)		
<p>Każde TAK oznacza 1 punkt. PUNKTACJA: 5-6 - OSOBY SPRAWNE, 3-4 - OSOBY UMIARKOWANIE NIESPRAWNE, 2 - OSOBY ZNACZNIE NIESPRAWNE</p>			

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
<p>Spożywanie posiłków</p> <p>0= nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przetykać, 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10= samodzielny, niezależny</p>	
<p>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie</p> <p>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</p>	
<p>Utrzymanie higieny osobistej</p> <p>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</p>	
<p>Korzystanie z toalety (WC)</p> <p>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</p>	
<p>Mycie i kąpiel całego ciała</p> <p>0= kąpany w wannie przy pomocy podnośnika 5= wymaga pomocy 10=samodzielny</p>	
<p>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</p> <p>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</p>	
<p>Wchodzenie i schodzenie po schodach</p> <p>0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5= potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji, przenoszenia 10= samodzielny</p>	
<p>Ubieranie się i rozbieranie</p> <p>0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby 5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10= samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł)</p>	
<p>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu</p> <p>0= nie panuje nad oddawaniem stolca 5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10= kontroluje oddawanie stolca</p>	
<p>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego</p> <p>0= nie panuje nad oddawaniem moczu 5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10= kontroluje oddawanie moczu</p>	
<p>Łączna liczba punktów</p>	

VI. PROPOZYCJA USŁUG REALIZOWANYCH W CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH

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

<input type="checkbox"/> Miejsce krótkookresowego pobytu spełniające wymogi DDP w Bełchatowie „Dom Przystań „
<input type="checkbox"/> Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej Bełchatów
<input type="checkbox"/> Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania Zelów
<input type="checkbox"/> Klub Seniora w Zalesiu

Oświadczam, że:

1. W związku ze zgłoszeniem do projektu „CUS II dla powiatu bełchatowskiego” W RAMACH PROGRAMU REGIONALNEGO FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA ŁÓDZKIEGO 2021 – 2027 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacji.
2. Oświadczam, iż zostałam(-em) poinformowana(-y), że projekt jest współfinansowany ze środków EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO PLUS.
3. Oświadczam, że podopieczny pozostaje pod moją faktyczną opieką całodobową (jeśli dotyczy).
4. Upředzona(-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.
5. Oświadczam, że zapoznałam(-em) się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „CUS II dla powiatu bełchatowskiego”.
6. Oświadczam, iż zostałam(-em) poinformowana(-y), że złożenie WNIOSKU O PRYZNANIE USŁUGI SPOŁECZNEJ jest jednoznaczne z oświadczeniem o wyrażeniu woli uczestnictwa w projekcie.
7. Oświadczam, iż wypełnienie niniejszego Wniosku nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
8. Oświadczam, że po zakwalifikowaniu się do Projektu, zobowiązuję się do złożenia następujących dokumentów:
 - Załącznik nr 3 - ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
 - Załącznik nr 4- OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTANIE I ROZPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU
 - dokumentów potwierdzających sytuację zawodową i społeczną.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU lub jeżeli usługa świadczona będzie dla osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej OPIEKUNA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO