



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



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

WNIOSEK O PRYZNANIE USŁUGI SPOŁECZNEJ UCZESTNIKA PROJEKTU „CUS II dla powiatu bełchatowskiego”

(wypełnia wnioskodawca lub jego opiekun prawny)

I. DANE WNIOSKODAWCY

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

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

Jeżeli usługa świadczona będzie dla osoby niepełnoletniej lub ubezważnowolnionej 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:											



Realizator projektu:

Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych PRZYSTAŃ

ul. Żeromskiego 1, 97-400 Bełchatów tel. 516045260, e-mail: biuro@przystań.belchatow.pl

☐ 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

II. 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										

III. 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

IV. 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

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
KĄPIANIE/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 użyciu 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	

Wnioskuje 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 Żelów
☐ 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. 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.
4. Oświadczam, że zapoznałam(-em) się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „CUS II dla powiatu bełchatowskiego”.
5. Oświadczam, iż zostałam(-em) poinformowana(-y), że złożenie Wniosku O Przyznanie Usługi Społecznej jest jednoznaczne z oświadczeniem o wyrażeniu woli uczestnictwa w projekcie.
6. Oświadczam, iż wypełnienie niniejszego Wniosku nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
7. Oświadczam, że po zakwalifikowaniu się do Projektu, zobowiązuję się do złożenia następujących dokumentów:
 - Załącznik nr 3 – Deklaracja Uczestnictwa

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

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