*Załącznik nr 1 do Regulaminu korzystania z usług społecznych oferowanych w ramach Programu Usług Społecznych w Gminie Adamówka*

**WNIOSEK ZGŁOSZENIOWY**

**do korzystania z usług społecznych oferowanych w Programie Usług Społecznych w Gminie Adamówka w ramach projektu pn.: Centrum Usług Społecznych „Społeczna Adamówka”, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś priorytetowa II. Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje wypełniane przez Instytucję przyjmującą wniosek:** | |
| Data przyjęcia Wniosku: |  |
| Numer Wniosku: |  |
|  |
| Podpis osoby przyjmującej Wniosek: |  |
|

|  |
| --- |
| **UWAGA**  **Prosimy o czytelne wypełnienie wszystkich pól.**  **Prosimy o wypełnienie DRUKOWANYMI**  **literami oraz niebieskim długopisem (czytelnie).**  **Wniosek należy CZYTELNIE podpisać (niebieski długopis).**  **W przypadku, gdy któreś z pól nie dotyczy należy je opatrzyć adnotacją  „nie dotyczy”.**  **Wniosek w przypadku osoby małoletniej podpisuje rodzic / opiekun prawny.** |

**CZĘŚĆ I - INFORMACJE O KANDYDACIE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Nazwisko i Imię** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **2. Płeć** | | | | | | | | | | | |
| kobieta  mężczyzna | | | | | | | | | | | |
| **3. Wiek w dniu przystąpienia do Programu Usług Społecznych** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **4. Adres zamieszkania** *(w rozumieniu Kodeksu Cywilnego: Rozdział II art. 25 miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu)* | | | | | | | | | | | |
| Ulica, nr domu/ nr lokalu |  | | | | | | | | | | |
| Miejscowość |  | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy |  | | | | | | | | | | |
| Poczta |  | | | | | | | | | | |
| Gmina |  | | | | | | | | | | |
| Powiat |  | | | | | | | | | | |
| Województwo |  | | | | | | | | | | |
| **5. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **6. Telefon kontaktowy** |  | | | | | | | | | | |
| **7. Adres e-mail** |  | | | | | | | | | | |
| **8. PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ II - ANKIETA DOTYCZĄCA KRYTERIÓW KWALIFIKACYJNYCH KANDYDATA**

|  |
| --- |
| **1. Oświadczenie Kandydata zainteresowanego korzystaniem z PAKIETU USŁUG POMOCY  I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ DLA OSÓB STARSZYCH I  NIEPEŁNOSPRAWNYCH +** *(Proszę zaznaczyć x w odpowiedniej kratce)* |
| * + **1.1. Asystent osoby starszej/ asystent osoby niepełnosprawnej,** **opieka wytchnieniowa**   **1.1.1. Asystent osoby starszej:**   * osoba zamieszkująca na terenie gminy Adamówka; * osoba powyżej 60 r.ż.; * osoba wymagająca opieki innych osób.   **1.1.2. Asystent osoby niepełnosprawnej:**   * osoba zamieszkująca na terenie gminy Adamówka; * osoba posiadająca umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności; * osoba wymagająca opieki innych osób.   **1.1.3. Opieka wytchnieniowa:**   * członkowie rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad: dziećmi  z orzeczeniem o niepełnosprawności, osobami z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz orzeczeniami równoważnymi, zamieszkujący na terenie gminy Adamówka.   + **1.2. Klub Seniora wraz z usługami: poradnictwo specjalistyczne, poradnictwo edukacyjne, warsztaty tematyczne w zakresie rozwoju zainteresowań, aktywizacja społeczno-zawodowa, integracja społeczna i międzypokoleniowa:** * osoba zamieszkująca na terenie gminy Adamówka; * osoba powyżej 60 r.ż.; * osoba nieaktywna zawodowo. |

|  |
| --- |
| 1. **2. Oświadczenie Kandydata zainteresowanego korzystaniem z PAKIETU USŁUG POMOCY I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ DLA RODZIN Z DZIEĆMI +** zgodnie z  założeniami muszą spełniać poniższe warunki: *(Proszę zaznaczyć x w odpowiedniej kratce)* |
| * **2.1. Placówka Wsparcia Dziennego (PWD) prowadzona w formie opiekuńczo-specjalistycznej:** * dzieci i młodzież w wieku od 7 do 18 lat zamieszkałe na terenie gminy Adamówka; * rodzice dzieci i młodzieży w wieku od 7 do 18 lat zamieszkujący na terenie gminy Adamówka.   + **2.2. Dzienny opiekun:** * dzieci od 20 tygodnia życia do 3 lat oraz ich rodziny zamieszkujące na terenie gminy Adamówka; * rodzice pracujący/ jeden pracujący, drugi poszukujący pracy. |

**CZĘŚĆ III – DANE OSOBOWE RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Nazwisko i Imię** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **2. Wiek** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **3. Adres zamieszkania** *(w rozumieniu Kodeksu Cywilnego: Rozdział II art. 25 miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu)* | | | | | | | | | | | |
| Ulica, nr domu/ nr lokalu |  | | | | | | | | | | |
| Miejscowość |  | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy |  | | | | | | | | | | |
| Poczta |  | | | | | | | | | | |
| Gmina |  | | | | | | | | | | |
| Powiat |  | | | | | | | | | | |
| Województwo |  | | | | | | | | | | |
| **4. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **5. Telefon kontaktowy** |  | | | | | | | | | | |
| **6. Adres e-mail** |  | | | | | | | | | | |
| **7. PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Wypełnić w przypadku uczestnictwa osoby małoletniej.

**CZĘŚĆ IV – OŚWIADCZENIA**

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań**

**Oświadczam że:**

* zapoznałem/am się z Regulamin korzystania z usług społecznych oferowanych w ramach Programu Usług Społecznych w gminie Adamówka, akceptuję jego warunki i zgodnie z jego wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie,
* zostałem/am poinformowany/a, że w/w projekt jest współfinansowany ze środków współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś priorytetowa II. Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym,
* zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Wniosku zgłoszeniowego nie jest równoznaczne   
  z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie,
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Usług Społecznych w Adamówce,
* zostałem/am poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia,
* zostałam/em poinformowana/y o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz możliwości ich poprawiania,
* oświadczam, że dane zawarte we Wniosku zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym   
  i faktycznym,
* oświadczam, że samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie organizowanym przez Centrum Usług Społecznych w Adamówce

…………………………………… ……… ……………………...………….…………………

*(miejscowość, data) (czytelny podpis Uczestnika[[1]](#footnote-1))*

1. W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-1)