

Formularz zgłoszeniowy do projektu

Imię

Nazwisko

Pesel

Telefon

Adres:

Telefon kontaktowy do rodziny/opiekuna:.....

1. Czy osoba niesamodzielną w wieku 60+ jest mieszkańcem miasta Tychy?

- Tak Nie

2. Powód skierowania do programu (proszę wybrać z poniższych).

- Ukończone 60 lat i osoba niesamodzielną w minimum jednym zakresie dotyczącym czynności dnia codziennego.
 Ukończone 60 lat i ich stan zdrowia może spowodować nagle stany zagrożenia życia.
 Ukończone 60 lat i orzeczenie o niepełnosprawności.
 Ukończone 60 lat i korzysta z pomocy społecznej lub kwalifikuje się do takiej pomocy.
 Ukończone 60 lat i jest osobą samotnie mieszkającą.
 Inne, jakie?.....

3. Grupa preferowana? Powód:

- Osoby lub rodziny zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek podanej przy definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem w Słowniku terminologicznym,
 Osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi;
 Osoby lub rodziny korzystające z PO PŻ, pod warunkiem że zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ.

4. Osoba mieszka w obszarze rewitalizacji (osiedle A, H, Ł, N, O, Czutów Osada)

- Tak Nie

5. Jaką formą usług opiekuńczych osoba niesamodzielną jest zainteresowana?

- pobytem w mieszkaniu chronionym wspieranym rotacyjnym (szczegóły pobytu proszę określić w załączniku do niniejszego formularza),
 pobytem w mieszkaniu chronionym wspieranym pobytu stałego (szczegóły pobytu proszę określić w załączniku do niniejszego formularza),
 pobytem w Dziennym Domu Pomocy,
 uczestnictwem w zajęciach Klubu Seniora (szczegóły pobytu proszę określić w załączniku do niniejszego formularza).

6. Dlaczego chcę być uczestnikiem projektu? Proszę o wskazanie tylko 3 odpowiedzi, gdzie 1 oznacza mało ważne, 2 oznacza ważne, a 3 oznacza bardzo ważne dla Pani/Pana.

Lp.	Pytania dotyczące motywacji.	1 – mało ważne	2- ważne	3- bardzo ważne	Ilość Pkt.
1.	Czuję się samotna/ny.				
2.	Nie radzę sobie z podstawowymi czynnościami dnia codziennego i w związku z tym potrzebuję opieki innych.				
3.	Zaciekałam mnie oferta CUS, a udział w projekcie pozwoli mi wypełnić czas.				
4.	Lubię być wśród ludzi.				
5.	SUMA PUNKTÓW				



7. W jakim przedziale jest dochód osoby zainteresowanej projektem?

- poniżej - 1058,51 zł 1058,02 - 1409,01 zł 1409,02 - 1759,51 zł
 1759,02 - 2110,01 zł 2110,02 - 2460,51 zł 2460,52 - 2811,01 zł
 2811,02 - 3161,51 zł 3161,52 – 3505,00 zł powyżej - 3505,01 zł

8. SKALA IADL

Lp.	Pytania dotyczące złożonych czynności życiowych do oceny	Wykonuję czynności bez pomocy 3 punkty ¹	Wykonuję czynności z niewielką pomocą 2 punkty	Nie wykonuję danej czynności samodzielnie 1 punkt	Ilość punktów
1.	Czy potrafisz samodzielnie korzystać z telefonu?				
2.	Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc położonych dalej niż trasa Twojego spaceru?				
3.	Czy kupujesz artykuły spożywcze wychodząc z domu?				
4.	Czy przygotowujesz sobie posiłki?				
5.	Czy wykonujesz prace domowe?				
6.	Czy majsterkujesz, robisz pranie?				
7.	Czy przygotowujesz i przyjmujesz leki?				
8.	Czy gospodarujesz pieniędzmi?				
Suma punktów:					
Waga:					

Skala IADL – wagi:

8-13 punktów - waga 3

14-19 punktów - waga 2

20-24 punkty - waga 1

7. Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych*/danych osobowych przez: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Budowlanych 59, 43-100 Tychy, w zakresie: imię, nazwisko, adres zamieszkania, pesel, dochód, sytuacja społeczna, w celu procesu rekrutacji do projektu.

8. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

9. Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z prawem do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Podpis osoby zainteresowanej

Data i podpis pracownika socjalnego

¹ Ilość punktów za udzieloną odpowiedź należy wpisać w odpowiednią z rubryk Skali IADL

