

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 nagłe 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, Czółów 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.	Zaciekawiła mnie oferta CUS, a udział w projekcie pozwoli mi wypełnić czas.				
4.	Lubię być wśród ludzi.				
5.	SUMA PUNKTÓW				



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



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

9. 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.

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

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

12.. W związku z zagrożeniem epidemiologicznym COVID-19, formularz został wypełniony za zgodą klienta na podstawie rozmowy telefonicznej. Po wypełnieniu został odczytany klientowi i zaakceptowany przez strony.

Podpis osoby zainteresowanej

Data i podpis pracownika socjalnego

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



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020