

Załącznik nr 9 do Regulaminu udziału w Projekcie ver. 1

**WSTĘPNA KARTA ZGŁOSZENIA KANDYDATA DO OBJĘCIA WSPARCIEM
OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

w ramach projektu:

„Pomoc Na Wyciągnięcie Ręki PLUS”

Numer projektu: FEPZ.06.18-IP.01-0004/23

1. DANE OSOBOWE:

Imię/imiona, nazwisko								
Data urodzenia				PESEL				
Wykształcenie	<i>BRAK</i>		<input type="checkbox"/>	<i>PODSTAWOWE</i>		<input type="checkbox"/>	<i>GIMNAZJALNE</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>PONADGIMNAZJALNE</i>		<input type="checkbox"/>	<i>POMATURALNE</i>		<input type="checkbox"/>	<i>WYŻSZE</i>	

2. ADRES ZAMIESZKANIA:

Ulica				Numer domu		Numer lokalu			
Miejscowość				Kod pocztowy					
Powiat				Województwo					
Obszar	<i>Wiejski</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Miejski</i>	<input type="checkbox"/>	Adres e-mail				
Nr tel. stacjonarnego				Nr tel. komórkowego					
osoba ucząca się lub kształcąca						<i>TAK</i>	<input type="checkbox"/>	<i>NIE</i>	<input type="checkbox"/>

3. Z JAKIMI CZYNNOŚCIAMI DNIA CODZIENNEGO MA PAN/PANI PROBLEMY?:

Ubieranie się i rozbieranie	<i>TAK</i>	<input type="checkbox"/>	<i>NIE</i>	<input type="checkbox"/>
Przygotowanie i spożywanie posiłków		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Korzystanie z toalety		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Higiena osobista		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Robienie zakupów		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sprzątanie mieszkania		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Dotarcie do lekarza, banku, innych instytucji		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kontakty z otoczeniem (spacery, udział w wydarzeniach kulturalnych, wyjście do kościoła, itp.)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sprawy urzędowe		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Inne:		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>



4. Czy w Pani/Pana otoczeniu są osoby, które mogłyby uczestniczyć w projekcie w charakterze opiekuna faktycznego (ktoś z rodziny, otoczenia, na co dzień wspierający)?

<i>Imię i nazwisko</i>	
<i>Dane kontaktowe (Tel, a-mail)</i>	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w karcie zgłoszenia dla potrzeb niezbędnych do rekrutacji i realizacji projektu (zgodnie z ustawą z 29.08.1997r.)

Data...../...../.....r.
(podpis osoby wymagającej wsparcie w projekcie)

lub

Data...../...../.....r.
(podpis opiekuna faktycznego (nieformalnego) lub przedstawiciela prawnego lub osoby upoważnionej)

lub

Ja, niżej podpisany potwierdzam iż Uczestnik Projektu nie jest w stanie samodzielnie się podpisać. Potwierdzam, iż Uczestnik Projektu przekazał dane zawarte w niniejszym dokumencie.

Data...../...../.....r.
(czytelny podpis)