*Załącznik nr 1   
do Regulaminu świadczenia usług społecznych oferowanych*

*w ramach Programu Usług Społecznych w Gminie Tryńcza*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Informacje wypełnione przez Instytucję przyjmującą wniosek zgłoszeniowy:** | | | |
|  |  |  |  |
| **Pieczęć** | **Data wpływu** | **Numer wniosku** | **Podpis osoby przyjmującej formularz** |

**WNIOSEK ZGŁOSZENIOWY**

**do korzystania z usług społecznych oferowanych w Programie Usług Społecznych w Gminie Tryńcza w ramach projektu pn.: Centrum Usług Społecznych w Gminie Tryńcza współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.**

**CZĘŚĆ I - INFORMACJE O KANDYDACIE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię (imiona):** | | | | | | | | | **Nazwisko:** | | | | | | |
| **Płeć:**   * kobieta * mężczyzna | | | **Data urodzenia:** | | | | | | | | **Wiek:** | | | | |
| **PESEL** |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **Adres zamieszkania:**  ul:  Nr domu: nr lokalu:  Miejscowości:  Kod pocztowy: -  Gmina:  Powiat:  Województwo: | | | | | | | **Kontakt :**  Telefon:  Adres e-mail: | | | | | | | | |
| **Wykształcenie:**   * niższe niż podstawowe * podstawowe * gimnazjalne * ponadgimnazjalne (zasadnicze zawodowe, średnie, zawodowe, ogólnokształcące) * policealne * wyższe | | | | | | | | |
| **Informacje dodatkowe:**  **Osoba niesamodzielna:**   * TAK\* * NIE   \* jeśli tak należy przedstawić zaświadczenie lekarskie załączone do wniosku  **Korzystam ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa:**   * TAK\* * NIE   \* jeśli tak należy przedstawić oświadczenie uczestnika programu  **Osoba niepełnosprawna:**   * TAK\* * NIE   \* jeśli tak należy przedstawić kopię poświadczenia za zgodność z oryginałem orzeczenia o niepełnosprawności  **Osoba samodzielnie zamieszkująca gospodarstwo domowe:**   * TAK\* * NIE   \* jeśli tak należy przedstawić oświadczenie uczestnika programu  **Osoba doświadczona wielokrotnego wykluczenia społecznego:**   * TAK\* * NIE   \* jeśli tak należy przedstawić oświadczenie uczestnika programu | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:**   * Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: * długotrwale bezrobotna/-y * Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: * długotrwale bezrobotna/-y * Osoba bierna zawodowo, w tym: * osoba ucząca się * osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu * inne * Osoba pracująca   Miejsce pracy\*:  Wykonywany zawód\*:  \*jeśli dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:**  Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia   * TAK * NIE * Odmowa podania informacji   Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczenia z dostępu do mieszkań   * TAK * NIE   Osoba w innej niekorzystnej sytuacji   * TAK * NIE * Odmowa podania informacji | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Źródło informacji o projekcie** (proszę zakreślić odpowiednie):   * Prasa * Plakaty, ulotki, * Urząd Gminy * Centrum Usług Społecznych w Gminie Tryńcza * Związek Emerytów i Rencistów * Strona www Beneficjenta * Przekaz słowny (np. od rodziny) * Inne: | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Oświadczenie dotyczące przetwarzania danych osobowych:**   1. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu, zgodnie z odpowiednimi przepisami, do celów związanych  z przeprowadzeniem zajęć, monitoringiem zadania, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Centrum Usług Społecznych w Gminie Tryńcza obowiązków sprawozdawczych wobec Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych osobowych wymienionych w punkcie a) w przyszłości, pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania; 2. Zostałam/-em poinformowana/-y o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, przetwarzanych przez Centrum Usług Społecznych w Gminie Tryńcza; 3. Zostałam/-em poinformowana/-y o możliwości odmowy podawania danych wrażliwych tj. danych rasowych, etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.   miejscowość i data czytelny podpis uczestnika lub  rodzica/opiekuna prawnego | | | | | | | | | | | | | | | |

**CZĘŚĆ II – FORMY WSPARCIA W PROJEKCIE**

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE KANDYDATA ZAINTERESOWANEGO KORZYSTANIEM Z KATALOGU USŁUG SPOŁECZNYCH DLA MIESZKAŃCÓW GMINY TRYŃCZA** *(Proszę zaznaczyć x w odpowiedniej kratce)* |
| 1. **USŁUGI POMOCY SPOŁECZNEJ DLA OSÓB STARSZYCH I NIESAMODZIELNYCH**     * + Usługi opiekuńcze dla osób starszych/ niesamodzielnych w miejscu zamieszkania;      + Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób starszych;  * pielęgniarka * rehabilitant   + - „Klub Aktywnego Seniora”; * Gniewczyna Łańcucka * Gorzyce * Jagiełła * Tryńcza   + - Usługa „Złotej rączki dla Seniora”;  1. **USŁUGI PROMOCJI I OCHRONY ZDROWIA - KOMPLEKSOWY PROGRAM PROFILAKTYCZNY DLA DZIECI I MŁODZIEŻY**  * Badania przesiewowe dla dzieci do 18 roku życia;  1. **USŁUGI WSPIERANIA RODZINY - PROWADZENIE WSPARCIA**  * Świetlice środowiskowe dla dzieci i młodzieży * Gniewczyna Łańcucka * Gorzyce * Jagiełła * Tryńcza  1. **USŁUGI REINTEGRACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ**  * Usługa asystenta osób niepełnosprawnych;  1. **USŁUGA WYTCHNIENIOWA NA TELEFON W ZASTĘPSTWIE ZA OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH**  * Usługa wytchnieniowa na telefon w zastępstwie za opiekunów faktycznych |

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

\*Uzupełnić w przypadku uczestnictwa osoby małoletniej.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię (imiona):** | | | | | | | | | **Nazwisko:** | | | | | | |
| **Płeć:**   * kobieta * mężczyzna | | | **Data urodzenia:** | | | | | | | | **Wiek w dniu przystąpienia do Programu Usług Społecznych:** | | | | |
| **PESEL** |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **Adres zamieszkania:**  ul:  Nr domu: nr lokalu:  Miejscowości:  Kod pocztowy: -  Gmina:  Powiat:  Województwo: | | | | | | | **Kontakt :**  Telefon:  Adres e-mail: | | | | | | | | |
| **Wykształcenie:**   * niższe niż podstawowe * podstawowe * gimnazjalne * ponadgimnazjalne (zasadnicze zawodowe, średnie, zawodowe, ogólnokształcące) * policealne * wyższe | | | | | | | | |

**Załączniku do wniosku zgłoszeniowego:**

1. **Załącznik nr 1 Deklaracja Uczestnictwa;**
2. **Załącznik nr 2 Zaświadczenie lekarskie o niesamodzielności uczestnika;**
3. **Załącznik nr 3 Oświadczenie o korzystaniu ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa;**
4. **Załącznik nr 4 Zaświadczenie o samodzielnym zamieszkiwaniu gospodarstwa domowego**
5. **Załącznik nr 5 Oświadczenie o doświadczeniu wielokrotnego wykluczenia społecznego**
6. **Załącznik nr 6 Oświadczenie uczestnika o wyrażeniu zgody na publikację wizerunku**
7. **Załącznik nr 7 Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**
8. **Załącznik nr 8 Kryteria doboru uczestników do usługi społecznej**

……………………………… …………………………………….

podpis przyjmującego KIPUS czytelny podpis uczestnika lub

rodzica/opiekuna prawnego