*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