



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
do udziału w projekcie „Kujawsko-Pomorskie Środowiskowe Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otepieniach”

DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE (OSOBY ZE ZDIAGNOZOWANĄ CHOROBAŃ OTĘPIENNĄ)			
Imię (imiona) i nazwisko			
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL			
ADRES ZAMIESZKANIA¹			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
ADRES DO KORESPONDENCJI²			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Telefon stacjonarny		Telefon komórkowy	
Adres e-mail			
DANE OPIEKUNA KANDYDATA			
Imię i nazwisko			
Adres zamieszkania			

¹ Miejszem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

² Należy wypełnić w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania



Nr telefonu	
Adres e-mail	
Czy opiekun posiada prawo do reprezentowania kandydata? Jeśli tak proszę o podanie podstawy prawnej	<input type="checkbox"/> TAK (<i>należy załączyć dokument potwierdzający fakt bycie opiekunem prawnym, pełnomocnictwo notarialne, inne...</i>) <input type="checkbox"/> NIE
INFORMACJE DODATKOWE O KANDYDACIE	
Wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (liceum/liceum profilowane/technikum) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (gimnazjum) <input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (nie ukończona szkoła podstawowa) <input type="checkbox"/> Podstawowe (szkoła podstawowa)
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo,
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo ucząca się
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca Jeśli tak proszę wskazać nazwę i adres miejsca pracy oraz wykonywany zawód
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
<input type="checkbox"/> emeryt/rencista	



Zaznacz „X” właściwą opcje		TAK	NIE
Status kandydata:	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia		
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań		
	Osoba z niepełnosprawnościami (<i>należy dołączyć zaświadczenie określające stopień niepełnosprawności</i>)		
	Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną (<i>należy dołączyć zaświadczenie lekarskie określające stopień niepełnosprawności</i>)		
	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących		
	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu		
	Osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu		
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)		
	Czy opiekun zamieszkuje razem z chorym?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli nie proszę wpisać kto sprawuje bezpośrednią opiekę nad chorym.....	Rodzaj oraz stopień zdiagnozowanej choroby otępiennej (<i>należy dołączyć zaświadczenie lekarskie</i>)
<u>OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE</u>			
<p>Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią Regulaminu i umowy na udział w projekcie „Kujawsko-Pomorskie Środowiskowe Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otepieniach” oraz akceptuję jej zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.</p>			
..... Miejscowość i data	 Podpis kandydata	



Oświadczam, iż dochód na członka w mojej rodzinie zgodnie z ustawą o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r. za rok 2016 wynosi:

.....
(należy podać kwotę w zł na 1 członka rodziny)

a podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Pallmed Sp. o.o. w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis kandydata

Oświadczam, że korzystam/nie korzystam (niepotrzebne skreślić) ze wsparcia instytucji pomocy społecznej.

Oświadczam, że korzystam/nie korzystam (niepotrzebne skreślić) z form środowiskowej pomocy psychiatrycznej (np. ZLŚ).

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis kandydata

Oświadczam, że uczestniczę/nie uczestniczę (niepotrzebne skreślić) w zorganizowanych formach aktywności np. dom kultury/Domy Dziennego Pobytu/Stowarzyszenia.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis kandydata

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności udziału w projekcie „Kujawsko-Pomorskie Środowiskowe Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otepieniach”, a podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Pallmed Sp. z o.o. w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis kandydata