



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

<b>DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE (OPIEKUN/KA OSOBY NIESAMODZIELNEJ)</b>			
Imię (imiona) i nazwisko			
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL			
<b>ADRES ZAMIESZKANIA<sup>1</sup></b>			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
<b>ADRES DO KORESPONDENCJI<sup>2</sup></b>			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Telefon stacjonarny		Telefon komórkowy	
Adres e-mail			
<b>DANE OSOBY ZALEŻNEJ UCZESTNICZĄCEJ W PROJEKCIE</b>			
Imię i nazwisko			

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Należy wypełnić w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania



Adres zamieszkania	
Nr telefonu	
Adres e-mail	
<b>INFORMACJE DODATKOWE O KANDYDACIE</b>	
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	

	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		
	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 (innej 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 .....	Oświadczam, że jestem osobą samotnie opiekującą się chorym na otępienie	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE  <i>Oświadczam, że od czasu zdiagnozowania choroby otępiennej u .....                  (imię i nazwisko chorego) sprawuję opiekę nad tą osobą od .....                  (pełne lata) lat.</i>
<b><u>OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE</u></b>			
<p><b>Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią umowy na udział w projekcie „Kujawsko-Pomorskie Środowiskowe Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otepieniach” oraz akceptuję jej zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.</b></p> <p>..... Miejscowość i data</p> <p>..... Podpis kandydata/<u>opiekuna</u></p>			
<p><b>Oświadczam, iż dochód na członka w mojej rodzinie zgodnie z ustawą o pomocy społ. z dnia 12.03.2004 r. za rok 2016 wynosi:</b></p> <p>..... (należy podać kwotę w zł na 1 członka rodziny)</p> <p>a podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Pallmed Sp. o.o. w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.</p> <p>..... Miejscowość i data</p> <p>..... Podpis kandydata/opiekuna</p>			
<p><b>Oświadczam, że korzystam/nie korzystam (<i>niepotrzebne skreślić</i>) ze wsparcia instytucji pomocy społecznej.</b></p> <p>..... Miejscowość i data</p> <p>..... Podpis kandydata/opiekuna</p>			



**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/opiekuna