



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik 1

Do Procedury monitorowania utrzymania efektów projektu pn. „Dom Dziennego Pobytu w Zawichoście”  
**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY W OKRESIE TRWAŁOŚCI PROJEKTU**

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY W OKRESIE TRWAŁOŚCI PROJEKTU „Dom Dziennego Pobytu w Zawichoście”

Zaleca się wypełnienie formularza wraz z załącznikami długopisem w kolorze niebieskim drukowanymi literami

DANE OSOBOWE OSOBY, KTÓRA CHCE UCZESTNICZYĆ W ZAJĘCIACH ORGANIZOWANYCH PRZEZ DZIENNY DOM POMOCY W ZAWICHOŚCIE W OKRESIE TRWAŁOŚCI PROJEKTU	
Imię i nazwisko	
PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Ulica Nr domu/lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy, poczta	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Telefon kontaktowy	
E-mail uczestnika	
Kryteria dostępu przyjęcia do Dziennego Domu Pomocy w Zawichoście	
<p><b>1 Jestem osobą zamieszkującą Gminę Zawichost</b></p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><b>2 Mój dochód/ dochód rodziny nie przekracza 150% właściwego kryt. dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą, lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej</b></p> <p><input type="checkbox"/> przekracza 150%</p> <p><input type="checkbox"/> nie przekracza 150%</p>	



### 3 Jestem osobą niesamodzielną

TAK

NIE

#### Oczekiwany zakres wsparcia

Deklaruję, że będę uczęszczać na następujące zajęcia:

- zajęcia w Dziennym Domu Pomocy codziennie 8h w dni robocze,
- zajęcia w Dziennym Domu Pomocy w wybrane dni tygodnia, jeśli TAK to w jakie dni tygodnia oraz w jakich godzinach:

.....

#### Proponowane wsparcie (prosimy o zaznaczenie oczekiwanych zajęć/form wsparcia):

- pielęgniarka
- zajęcia ruchowe
- porady prawne
- wsparcie psychologa
- wyżywienie (obiad)
- dowóz uczestników na zajęcia
- lekarz
- wycieczki
- zajęcia muzyczne/wokalne

- inne potrzeby (prosimy wskazać jakie inne zajęcia/godziny działalności Domu Diennej Pomocy byłyby odpowiednie dla Pana/i potrzeb):

.....

.....

#### Zaznacz odpowiedzi na poniższe pytania

Czy jesteś osobą  
z niepełnosprawnościami?

- NIE
- ODMOWA PODANIA INFORMACJI
- TAK

#### Badanie specjalnych potrzeb uczestników

Prosimy o wskazanie  
specjalnych potrzeb  
żywieniowych np. alergie, itp.

- NIE
- TAK

.....

.....

Prosimy o wskazanie  
specjalnych potrzeb w innym

- NIE
- TAK



zakresie np. przystosowania projektu do potrzeb osób niepełnosprawnych	..... .....
--	----------------

Podane dane będą przetwarzane zgodnie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych.

.....  
**Podpis osoby składającej Formularz zgłoszeniowy**