

**ARKUSZ REKRUTACYJNY DO PROGRAMU „NOWY CUŚ”****Dane wnioskodawcy**

Imię/Imiona			
Nazwisko		Płeć:	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
PESEL		Wiek:	
Telefon kontaktowy			
Adres zamieszkania:			
Kraj			
Województwo			
Powiat			
Miejscowość			
Ulica			
Numer budynku		Numer lokalu	
Kod pocztowy		Gmina	
Obszar	☐ wiejski ☐ miejski		
Adres do korespondencji:	☐ Ten sam co adres zamieszkania		
	☐ Inny:		
	Województwo		
	Powiat		
	Gmina		
	Kod pocztowy		



	Miejscowość	
	Nr budynku/lokalu	
	Ulica	
Wykształcenie*:	☐ Podstawowe ☐ Gimnazjalne ☐ Zawodowe ☐ Średnie ☐ Wyższe	
Status wnioskodawcy na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:		
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy*:	☐ Osoba długotrwale bezrobotna ☐ inne	
Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy*:	☐ Osoba długotrwale bezrobotna ☐ inne	
Osoba bierna zawodowo*:	☐ Osoba ucząca się (dane szkoły) ☐ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ inne	
Osoba pracująca*:	☐ TAK (miejsce zatrudnienia)	

Informacje o wnioskodawcy:	
Osoba niesamodzielna*	☐ Osoba niepełnosprawna ☐ Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
Osoba z niepełnosprawnościami*	Jeśli tak podać stopień niepełnosprawności oraz rodzaj: ☐ lekki ☐ umiarkowany ☐ znaczny Rodzaj niepełnosprawności: ☐ niepełnosprawność sprzężona ☐ choroba psychiczna ☐ niepełnosprawność intelektualna ☐ całościowe zaburzenia rozwojowe (zgodnie z ICD10)



Opiekun faktyczny* Jest to osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędącą opiekunem zawodowym i niepobierającą wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny	☐ Tak ☐ Nie
Osoba korzystająca z Programu FE PŻ*	☐ Tak ☐ Nie
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia*:	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań*:	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji
Osoba zamieszkująca samotnie*:	☐ Tak ☐ Nie

SKŁADAM WNIOSEK O NASTĘPUJĄCE USŁUGI SPOŁECZNE *
(proszę o zaznaczenie znakiem X wnioskowanej usługi)

- ☐ 1. Dzienna forma usług opiekuńczych- Klub Seniora w Gminie Godzianów
☐ 2. Teleopieka i system przywoławczy dla mieszkańców powiatu skierniewickiego (usługa uzupełniająca do usług społecznych)
☐ 3. Transport indywidualny typu door- to- door
☐ 4. Krótkookresowy pobyt:
☐ Krótkookresowy całodobowy pobyt
☐ Krótkookresowy dzienny pobyt
☐ 5. Sąsiedzkie usługi opiekuńcze

Załączniki do wniosku:

- ☐ 1. Orzeczenie o niepełnosprawności
☐ 2. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
☐ 3. Orzeczenie orzecznika ZUS



- ☐ 4. Zaświadczenie lekarskie
- ☐ 5. Zaświadczenie z OPS
- ☐ 6. Wywiad środowiskowy
- ☐ 7. Oświadczenie (w przypadku otoczenia)
- ☐ 8. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego (dot. opieki nad małoletnimi)

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis
wnioskodawcy**

* zaznaczyć właściwe odpowiedzi

** w przypadku braku możliwości podpisania przez uczestnika projektu formularz podpisuje jego opiekun faktyczny

.....
Data i podpis osoby odbierającej wniosek