



Fundusze Europejskie
dla Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa
w projekcie pn. Rozwój usług społecznych i zdrowotnych
na obszarze Partnerstwa Światowego Rezerwatu
Biosfery Bory Tucholskie- Gmina Chojnice
dofinansowanym ze środków Unii Europejskiej
w ramach programu FEP 2021-2027

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Do projektu pn. Rozwój usług społecznych i zdrowotnych na obszarze Partnerstwa Światowego Rezerwatu
Biosfery Bory Tucholskie- Gmina Chojnice Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027

Do zadań: „Wdrożenie usługi door to door”, „Wsparcie rodzin”, „Usługi specjalistyczne”, „Usługi opiekuńcze”,
„Opieka wytchnieniowa”, „Usługa Teleopieki”, „Sąsiedzkie usługi opiekuńcze”, „Usługi asystenta osoby
Niepełnosprawnej”

1. DANE OGÓLNE (zaznacz właściwe)

IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO										
PESEL										
WYKSZTAŁCENIE										
PŁEĆ										
ADRES ZAMIESZKANIA (ulica, miejscowość, kod pocztowy)										
NUMER TELEFONU										
E-MAIL										

2. ANKIETA KWALIFIKUJĄCA

a) Kryteria kwalifikujące:

Czy zamieszkujesz na terenie gminy Chojnice?	
Czy jesteś osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,	



b) Kryteria premiujące:

Czy jesteś osobą:	Odpowiedź (zaznacz x przy właściwej odpowiedzi)				Punktacja	Kwalifikacja Pracownika GOPS
	TAK		NIE			
Z niepełnosprawnością (1 pkt)	TAK		NIE			
Zamieszkującą samotnie (1 pkt)	TAK		NIE			
Osobą chorującą przewlekłe (1 pkt)	TAK		NIE			
Osobą z problemami zdrowia psychicznego (1 pkt)	TAK		NIE			
Rodziną dysfunkcyjną (1 pkt)	TAK		NIE			
Łączna ilość punktów:						

Czy ma Pan/Pani jakieś szczególne potrzeby, które powinniśmy uwzględnić, aby umożliwić Panu/Pani pełne i komfortowe uczestnictwo w projekcie (np. potrzeby związane z infrastrukturą, transportem, technologiami, komunikacją)?

.....

.....

.....

Co moglibyśmy jeszcze zrobić, aby czuł/a się Pan/Pani komfortowo? Proszę opisać swoje ewentualne potrzeby lub sugestie

.....

.....

.....



Nazwa zadania (formy wsparcia)	Opis zadania (formy wsparcia)	Chciałbym/ chciałabym uczestniczyć w tej formie wsparcia (zaznacz X przy wybranej formie wsparcia)	Kwalifikacja (wypełnia pracownik GOPS)
<p align="center">USŁUGA DOOR TO DOOR</p>	<p>Ułatwienie integracji społecznej osób z potrzebami wsparcia w zakresie mobilności. Usługa skierowana będzie w szczególności do osób starszych, z niepełnosprawnościami. Celem tej usługi będzie aktywizacja społeczna osób wykluczonych ze względu na swoje dysfunkcje i wiek. Dzięki wdrożeniu usługi osoby, które do tej pory nie brały udziału w życiu społecznym tj. np. różnych wydarzeniach organizowanych przez Gminny Ośrodek Kultury, będą mogły zostać zaktywizowane, dzięki czemu nie trafią do opieki instytucjonalnej. 9-osobowy bus przystosowany do przewozu osób z niepełnosprawnościami będzie przeznaczony dla osób z terenu całej gminy, będą mogły być dowieszone na zajęcia w ramach punktu opieki dziennej. Również osoby te będą mogły być dowieszone np. do lekarza, czy do urzędu, a także skorzystają z wydarzeń organizowanych przez różne instytucje.</p>		
<p align="center">USŁUGI SPECJALISTYCZNE</p>	<p>Usługi specjalistyczne w szczególności skierowane do dzieci z niepełnosprawnościami. Planuje się zajęcia indywidualne z logopedą, pedagogiem, integrację sensoryczną oraz inne usługi w zależności od potrzeb.</p>		



Nazwa zadania (formy wsparcia)	Opis zadania (formy wsparcia)	Chciałbym/ chciałabym uczestniczyć w tej formie wsparcia (zaznacz X przy wybranej formie wsparcia)	Kwalifikacja (wypełnia pracownik GOPS)
WSPARCIE RODZIN	<p>Zajęcia/warsztaty odbywać się będą w Sali konferencyjnej i salce GOPS i/lub w świetlicy wiejskiej w Ciechocinie. Celem zadania jest Ograniczenie zachowań ryzykownych i patologii wśród dzieci. Ograniczenie wśród rodziców nadużywania alkoholu, narkotyków, agresji i przemocy. Poprawa motywacji do zmiany funkcjonowania rodziny. Poprawa stabilizacji życiowej rodzin, nauczanie się wspólnego spędzania czasu wolnego przez rodziców i dzieci. Planuje się organizację następujących zajęć: warsztaty aktywizacyjne i wspierające organizację czasu wolnego rodzin typu: ręko-dzieło, gamcarskie, kulinarne (jako nauka gotowania), usługi specjalistów w zależności od potrzeb rodzin (psycholog, pedagog, prawnik), imprezy okolicznościowe (Dzień dziecka, Dzień Rodzin obchodzony 15 maja, Wigilia, mikołajki, Wielkanoc i inne święta i ważne wydarzenia). Do realizacji zajęć i organizacji imprez zaangażowani zostaną również wolontariusze/ animatorzy. Zostaną również zakupione materiały potrzebne do prowadzenia różnorodnych zajęć (rękodzielniczych, kulinarnych, poczęstunek). Zajęcia prowadzić będzie pedagog/ wychowawca. Zostaną zaplanowane dyżury psychologa i prawnika, a także pedagoga. W ramach wsparcia planuje się zakup pomocy dydaktycznych dla uczestników i małego poczęstunku.</p>		



Nazwa zadania (formy wsparcia)	Opis zadania (formy wsparcia)	Chciałbym/ chciałabym uczestniczyć w tej formie wsparcia (zaznacz X przy wybranej formie wsparcia)	Kwalifikacja (wypełnia pracownik GOPS)
USŁUGI OPIEKUŃCZE	<p>Usługi opiekuńcze obejmujące pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Zgodnie z diagnozą usługi opiekuńcze będą świadczone przez opiekuna w dni robocze. Organizacja świadczenia usług opiekuńczych będzie uwzględniać podmiotowość odbiorców usług, w tym respektowanie prawa do poszanowania i ochrony godności, intymności, w szczególności w przypadku czynności o charakterze opieki higienicznej i pielęgnacji oraz poczucia bezpieczeństwa i ochrony dóbr osobistych. Usługi prowadzone będą przez wykwalifikowane osoby bezpośrednio w domu u beneficjenta. Zakres wsparcia, sposób świadczenia i wymiar godzinowy usług dostosowany zostanie indywidualnie do potrzeb beneficjenta, uwzględniając rodzaj i stopień niepełnosprawności, wiek oraz indywidualne potrzeby osoby z niepełnosprawnością.</p>		



Nazwa zadania (formy wsparcia)	Opis zadania (formy wsparcia)	Chciałbym/ chciałabym uczestniczyć w tej formie wsparcia (zaznacz X przy wybranej formie wsparcia)	Kwalifikacja (wypełnia pracownik)
Teleopieka	Celem teleopieki jest poprawa bezpieczeństwa oraz możliwości samodzielnego funkcjonowania w miejscu zamieszkania osób starszych przez zwiększanie dostępu do tzw. „opieki na odległość”, które mają problemy związane z samodzielnym funkcjonowaniem między innymi ze względu na ich stan zdrowia.		
Sąsiedzkie usługi opiekuńcze,	Sąsiedzkie usługi opiekuńcze, świadczenia pomocy społecznej o charakterze opiekuńczym, które organizowane są w miejscu zamieszkania. Usługi sąsiedzkie obejmują pomoc: w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, podstawową opiekę higieniczno-pielęgnacyjną oraz w miarę potrzeb i możliwości – zapewnienie kontaktów z otoczeniem, drobna pomoc np. wymiana żarówki, naprawa kranu, itp.		



Nazwa zadania (formy wsparcia)	Opis zadania (formy wsparcia)	Chciałbym/ chciałabym uczestniczyć w tej formie wsparcia (zaznacz X przy wybranej formie wsparcia)	Kwalifikacja (wypełnia pracownik)
<p>Usługi asystenta osoby niepełnosprawnej</p>	<p>Usługa asystenta osoby niepełnosprawnej, umożliwiająca stałe lub okresowe wsparcie tych osób w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, niezbędnych do ich aktywnego funkcjonowania społecznego, zawodowego lub edukacyjnego. Zakres wsparcia, sposób świadczenia i wymiar godzinowy usługi asystenckiej dostosowany zostanie indywidualnie do potrzeb beneficjenta, uwzględniając rodzaj i stopień niepełnosprawności, wiek oraz indywidualne potrzeby osoby z niepełnosprawnością. Podstawowym celem pracy asystenta ON będzie pomoc w reintegracji społecznej i zawodowej. Asystent/ci poprzez odpowiednie motywowanie, aktywizację i wsparcie - przywróci im możliwość funkcjonowania w społeczeństwie a także wesprze rodzinę - opiekunów osoby niepełnosprawnej w pełnieniu funkcji opiekuńczej - co pozwoli opiekunom ON na aktywność zawodową i społeczną, która bardzo często jest ograniczona bądź niemożliwa z powodu sprawowania opieki nad ON. Usługa asystencka nie będzie skupiała się tylko na działaniach opiekuńczych ale także na działaniach treningowych pozwalających na rozwój u podopiecznego poczucia samodzielności.</p>		



Nazwa zadania (formy wsparcia)	Opis zadania (formy wsparcia)	Chciałbym/ chciałabym uczestniczyć w tej formie wsparcia (zaznacz X przy wybranej formie wsparcia)	Kwalifikacja (wypełnia pracownik GOPS)
<p>OPIEKA WYTCHNIENIOWA</p>	<p>Opieka wytchnieniowa będzie dostępna dla osób, które są odpowiedzialne za opiekę nad innymi i potrzebują przerwy w sprawowaniu bezpośredniej opieki. Będą to opiekunowie, opiekunowie osób starszych, rodzice dzieci z niepełnosprawnościami lub osoby zajmujące się osobami chorymi lub niepełnosprawnymi. Celem opieki wytchnieniowej jest zapewnienie tym opiekunom okazji do odpoczynku, odprężenia i odreagowania, aby mogli kontynuować swoją rolę w opiece bez nadmiernego obciążenia. Usługi prowadzone będą przez wykwalifikowane osoby bezpośrednio w domu u beneficjenta. Zakres wsparcia, sposób świadczenia i wymiar godzinowy usług dostosowany zostanie indywidualnie do potrzeb beneficjenta, uwzględniając rodzaj i stopień niepełnosprawności, wiek oraz indywidualne potrzeby osoby z niepełnosprawnością.</p>		

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że podane dane w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis/y*

*podpis składają wszystkie osoby dorosłe zgłaszające swój udział w projekcie jeżeli udział w projekcie dotyczy dzieci podpis składa rodzic dziecka lub jego opiekun prawny.