

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY do Projektu „Aktywny senior”

Informacje wypełniane przez Beneficjenta	
Data i godzina przyjęcia formularza	
Nr	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

**II.**

1.	Imię i nazwisko		
2.	PESEL		Wiek
3.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
4.	Adres zamieszkania	Województwo	
		Powiat	
		Gmina	
		Kod pocztowy	
		Miejscowość	
		Ulica	
		Nr domu	
		Nr lokalu	
5.	Dane kontaktowe	Telefon	
		Adres e-mail	
6.	Wykształcenie		
7.	Informacje dodatkowe	Jestem osobą niesamodzielną <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

	Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Posiadam aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
		Stopień niepełnosprawności
		Symbol orzeczenia
		Data ważności orzeczenia
	Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Mój dochód nie przekracza 150 % właściwego kryterium dochodowego <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Prowadzę gospodarstwo domowe	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> w rodzinie

<sup>1</sup> **osoba niesamodzielna** – osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

<sup>2</sup> **wielokrotne wykluczenie** – rozumiane jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek określonych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej

<sup>3</sup> **kryterium dochodowe** zgodne z ustawą o pomocy społecznej

701 zł – kryterium dochodowe dla osoby samotnej (150% - 1051,50zł)

528 zł – kryterium dochodowe dla osoby w rodzinie (150% - 792 zł na osobę w rodzinie)

### III. Proszę o wskazanie zakresu wsparcia w ramach Projektu „Aktywny senior”

- Uczestnictwo w zajęciach Domu Dziennego Pobytu
- Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania

.....  
(data i czytelny podpis Kandydata/ki)