

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Projekt: „Dzienny Dom Pomocy dla Seniorów w Gminie Opole Lubelskie”

Dane osobowe		
Imię i nazwisko		
Data urodzenia		
Pesel		
Płeć	KOBIEȚA/MĘŻCZYŻNA	
Wiek		
Adres zamieszkania		
Oświadczenie	TAK	NIE
Miejscowość		
Ulica, nr domu		
Kod pocztowy		
Gmina		
Powiat Opolski	Województwo Lubelskie	
Miasto / Wieś		
Czy jest Pani/Pan osobą niesamodzielną	TAK	NIE
Zaświadczenie Lekarskie od Lekarza Rodzinnego	TAK	NIE
Deklaracja chęci korzystania z dowozu	TAK	NIE
Ubóstwo lub zagrożenie wykluczeniem społecznym Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej	TAK	NIE
Dane kontaktowe podopiecznego		
Nr telefonu, e-mail		
Dane kontaktowe bliskiej osoby lub opiekuna		
Imię i nazwisko		
Nr telefonu, e-mail		

.....
Miejscowość, data, podpis Kandydata

Oświadczam, że:

- a) wszystkie dane zawarte w deklaracji są prawdziwe,
- b) niezwłocznie powiadomię Dzienny Dom Pomocy Społecznej o zmianie danych zawartych w deklaracji,

....., dnia

.....
(czytelny podpis)

Przyjęcie formularza przez dyrektora

Data:

.....
(podpis dyrektora)

Załącznik numer 4
do zarządzenia numer 7/2019
dyrektora DDPS w Opolu Lubelskim

Projekt: „Dzienny Dom Pomocy dla Seniorów w Gminie Opolu Lubelskie”

.....
Nazwisko i imię kandydata

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

potwierdzające wolę korzystania z usług

Dziennego Domu Pomocy Społecznej w Opolu Lubelskim

Ja niżej podpisany(-na), Deklaruję chęć korzystania z usług Dziennego Domu Pomocy Społecznej w Opolu Lubelskim.

W przypadku zmiany decyzji zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania dyrektora Placówki.

.....
Podpis Uczestnika Projektu

Załącznik numer 5
do zarządzenia numer 7/2019
dyrektora DDPS w Opolu Lubelskim

Oświadczenie

Projekt: „Dzienny Dom Pomocy dla Seniorów w Gminie Opole Lubelskie”

Ja, niżej podpisany(-ana)
oświadczam, iż jestem zameldowany na terenie Gminy Opole Lubelskie.

Mój adres zameldowania:

.....

.....
Miejscowość, data, podpis Uczestnika Projektu

Załącznik numer 6
do zarządzenia numer 7/2019
dyrektora DDPS w Opolu Lubelskim

Oświadczenie

Projekt: „Dzienny Dom Pomocy dla Seniorów w Gminie Opole Lubelskie”

Ja, niżej podpisany(-ana)
oświadczam, że ukończyłem(-am) 60 rok życia.

Moja data urodzenia to:

.....
Miejscowość, data, podpis Uczestnika Projektu

Załącznik numer 7
do zarządzenia numer 7/2019
dyrektora DDPS w Opolu Lubelskim

Projekt: „Dzienny Dom Pomocy dla Seniorów w Gminie Opole Lubelskie”

**ZAŚWIADCZENIE O ZAGROŻENIU ŻYCIA W UBÓSTWIE I WYKLUCZENIA
SPOŁECZNEGO**

Zaświadcza się, że (imię i nazwisko)

.....,
zamieszkały(ła).....

.....,
Legitymujący się dowodem osobistym (numer i
seria)....., wydanym
przez,
jest osobą zagrożoną życiem w ubóstwie oraz wykluczeniem społecznym.

.....
Miejscowość, data, podpis Dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej

Projekt: „Dzienny Dom Pomocy dla Seniorów w Gminie Opole Lubelskie”.

OŚWIADCZENIE O DOŚWIADCZANIU WIELOKROTNEGO WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO

Uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego czyli wykluczenia z powodu więcej niż jeden z przesłanek, o których mowa w definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym¹ z powodu (zaznaczyć właściwe):

- ☐ osobą korzystającą lub będącą członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. 2019, poz. 1507 z późn. Zm.), szczególnie z powodu bezrobocia i ubóstwa
- ☐ tak ☐ nie
- ☐ osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U. 2019 poz. 217 z późn. zm.);
- ☐ osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- ☐ osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. z 2018 r. poz. 969);
- ☐ osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z 07.09.1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2019 r., poz. 1481 z późn. zm.);
- ☐ osobą z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019, poz. 1172, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w roz. ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r., poz. 1878, z późn. zm.);
- ☐ członkiem rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;
- ☐ osobą zakwalifikowaną do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1482, z późn. zm.); ☐ osobą niesamodzielną;
- ☐ osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020; ☐ osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

.....
Miejscowość, data, podpis Uczestnika Projektu

Załącznik numer 9
do zarządzenia numer 7/2019
dyrektora DDPS w Opolu Lubelskim

Projekt: „Dzienny Dom Pomocy dla Seniorów w Gminie Opole Lubelskie”

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

1. Imię, nazwisko i adres osoby ubiegającej się o skierowanie do Dziennego Domu Pomocy Społecznej w Opolu Lubelskim:

.....
.....

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu
☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
☐ dysfunkcja narządu słuchu
☐ dysfunkcja narządu wzroku
☐ choroba psychiczna
☐ upośledzenie umysłowe
☐ padaczka
☐ schorzenia układu krążenia
☐ inne (jakie?)

.....
.....

3. Opis występujących dysfunkcji w zakresie lokomocji:

.....
.....
.....
.....

4. Przeciwwskazanie / brak przeciwwskazań do uczestnictwa w DDPS*:

.....
.....

.....
(miejscowość i data)

*właściwie zakreślić

.....
(pieczęć i podpis lekarza rodzinnego)