

Zgłoszenie do udziału w projekcie „Twoja szansa na szeroki uśmiech”

I. Zgłaszam chęć udziału w projekcie „Twoja szansa na szeroki uśmiech” i poniżej podaję dane na temat siebie i własnej sytuacji.

Imię i nazwisko:				
Adres zamieszkania:	ul. _____, 14-200 Iława			
Data urodzenia:		Telefon:		
Stopień niepełnosprawności	brak	lekki	umiarkowany	znaczny

W projekcie mogą wziąć udział osoby wykluczone z dostępu do usług społecznych, w szczególności potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, tj.:

- a) osoby starsze (czyli powyżej 60. roku życia),
- b) osoby z niepełnosprawnościami,
- c) osoby przewlekle i ciężko chore,
- d) osoby z problemami zdrowia psychicznego.

Jeśli jesteś jedną z takich osób, napisz poniżej, który lub które z powyższych podpunktów Cię dotyczą, odnosząc się do nich w możliwie wyczerpujący sposób.

Jeśli deklarujesz, że potrzebujesz wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu niepełnosprawności, musisz załączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub dokument równoważny. Czy załączasz takie dokumenty?

TAK	NIE
-----	-----

Jeśli deklarujesz, że potrzebujesz wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu przewlekłej i ciężkiej choroby albo problemów zdrowia psychicznego, możesz załączyć kopie dowolnych dokumentów dotyczących Twojego zdrowia, w tym m.in. wydruki z Internetowego Konta Pacjenta poświadczające sytuację zdrowotną, zaświadczenia od lekarza i inne, które uznasz za pomocne. Czy załączasz takie dokumenty?

TAK	NIE
-----	-----

Czy zamieszkujesz samotnie?

TAK	NIE
-----	-----

Czy korzystasz z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową? Jeśli poniżej znaczysz TAK, dołącz odpowiedni dokument Organizacji Partnerskiej Lokalnej (OPL).

TAK	NIE
-----	-----



Czy korzystasz ze wsparcia Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Iławie lub innych podmiotów publicznych, prywatnych? Jeśli tak, napisz niżej, na czym polega ta pomoc, kto ją świadczy?

TAK	NIE
-----	-----

Czy masz kogoś, kto od czasu do czasu wspomaga Cię w typowych sprawach związanych z normalnym funkcjonowaniem, życiem? Chodzi tu na przykład o pomoc w zakupach, gotowaniu, dostarczeniu jedzenia, sprzątaniu, leczeniu, drobnych naprawach, sprawach administracyjnych, bankowych lub jakichkolwiek innych sprawach.

W tym pytaniu nie chodzi o wsparcie Twoich domowników, Twojej rodziny, a o pomoc osób z Tobą niespokrewnionych. Może to być ktoś z sąsiedztwa, znajomy(a), koleżanka, kolega itp. Zaznacz niżej właściwą odpowiedź.

TAK	NIE
-----	-----

Jeśli powyżej zaznaczono TAK:

- napisz poniżej, na czym polega ta pomoc.
- napisz poniżej, kto udziela Ci tego wsparcia i podaj numer telefonu do tej osoby.
- napisz poniżej, jak często takie wsparcie jest Ci udzielane.



– napisz jak długo otrzymujesz takie wsparcie.

II. Poniżej odpowiedz na pytania, za pomocą których ocenimy jakość Twojego codziennego funkcjonowania. Zaznacz krzyżykiem właściwą odpowiedź.

1. Czy jesteś w stanie utrzymać własną higienę osobistą (korzystanie z toalety, mycie, kąpanie, obcinanie paznokci, czesanie, golenie itp.)?

- ☐ tak, bez niczyjej pomocy;
- ☐ z czyjąś pomocą;
- ☐ zupełnie nie jestem w stanie wykonać tych czynności.

2. Czy jesteś w stanie poruszać się pieszo poza domem/mieszkańciem?

- ☐ w ogóle lub bardzo rzadko wychodzę z domu;
- ☐ spaceruję tylko po najbliższej okolicy;
- ☐ jestem w stanie dojść pieszo dalej niż najbliższa okolica.

3. Czy w ramach tego projektu chcesz korzystać z usługi dziennego pobytu w naszym Centrum Wytchnieniowym, mieszczącym się na Osiedlu Ostródzkim – przy ul. Ziemowita 13/7 w Iławie?

- ☐ tak;
- ☐ nie.

4. Czy w razie zakwalifikowania się do projektu będziesz w stanie dotrzeć we własnym zakresie (pieszo, komunikacją miejską, taksówką, dzięki pomocy



rodziny/znajomych) do Centrum Wytchnieniowego na zajęcia w ramach pobytu dziennego?

☐ tak;

☐ nie.

5. Czy samodzielnie wychodzisz i robisz bieżące zakupy?

☐ tak, bez niczyjej pomocy;

☐ z czyjąś pomocą;

☐ zupełnie nie jestem w stanie robić zakupów.

6. Czy potrafisz samodzielnie przygotowywać i spożywać posiłki?

☐ tak, bez niczyjej pomocy;

☐ z czyjąś pomocą;

☐ zupełnie nie jestem w stanie tego robić.

7. Czy potrafisz samodzielnie wykonywać prace domowe, np. sprzątanie, mycie podłóg, wynoszenie śmieci, zmiana pościeli?

☐ tak, bez niczyjej pomocy;

☐ z czyjąś pomocą;

☐ zupełnie nie jestem w stanie tego robić.

8. Czy potrafisz sam(a) dokonywać drobnych napraw w domu?

☐ tak, bez niczyjej pomocy;

☐ z czyjąś pomocą;

☐ zupełnie nie jestem w stanie tego robić.



9. Czy potrafisz sam(a) wyprać swoje rzeczy?

- ☐ tak, bez niczyjej pomocy;
- ☐ z czyjąś pomocą;
- ☐ zupełnie nie jestem w stanie tego zrobić.

10. Czy potrafisz samodzielnie dawkować i przyjmować swoje leki?

- ☐ tak, bez niczyjej pomocy;
- ☐ z czyjąś pomocą;
- ☐ zupełnie nie jestem w stanie tego robić.

11. Czy jesteś w stanie samodzielnie załatwiać sprawy urzędowe, chodzić do lekarza, brać udział w różnych wydarzeniach kulturalnych czy innych?

- ☐ tak, bez niczyjej pomocy;
- ☐ z czyjąś pomocą;
- ☐ zupełnie nie jestem w stanie tego robić.

12. Czy potrafisz korzystać z telefonu komórkowego?

- ☐ tak, bez niczyjej pomocy;
- ☐ z czyjąś pomocą;
- ☐ zupełnie nie jestem w stanie tego robić.

13. Czy posiadasz Profil Zaufany i Internetowe Konto Pacjenta?

- ☐ tak;
- ☐ nie.

czytelny podpis



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Klauzula informacyjna

W związku z rozpoczęciem obowiązywania od dnia 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej: „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych, pozyskanych w związku ze złożeniem wniosku w ramach projektu „Twoja szansa na szeroki uśmiech” jest: Spółdzielnia Socjalna Horyzonty w Ławie, adres: ul. Marii Skłodowskiej-Curie 23, 14-200 Ława.
2. Administrator będzie przetwarzać Pana/Pani dane osobowe w celu realizacji projektu „Twoja szansa na szeroki uśmiech”.
3. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do przystąpienia Pana/Pani do projektu. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe zakwalifikowanie Pana/Pani do projektu.
4. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie Pana/Pani dobrowolnej zgody.
5. Dane udostępnione przez Pana/Panią będą podlegały udostępnieniu podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, odrębnym administratorom danych jak np. Instytucji Zarządzającej FEWiM 2021-2027, jak również podmiotom przetwarzającym dane w naszym imieniu, tj. np. uczestniczącym w wykonywaniu czynności polegających na obsłudze naszych

systemów teleinformatycznych, świadczącym nam usługi doradczo-podatkowo-rachunkowe, prawne.

6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.

7. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

8 Dane osobowe będą przechowywane przez:

- a) czas Pana/Pani udziału w projekcie,
- b) do momentu wycofania przez Pana/Panią zgody.

9. Cofnięcie zgody może nastąpić pisemnie na adres Administratora danych osobowych lub poprzez e-mail: a_karpinski@przystan.ilawa.pl. Ponadto informujemy, że przysługują Pani/Panu prawa określone w art. 15-22 RODO tj., przy spełnieniu przesłanek wyrażonych w wymienionych wyżej przepisach: prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, przeniesienia danych a także prawo sprzeciwu oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Spółdzielnię Socjalną Horyzonty w Iławie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu do udziału w projekcie „Twoja szansa na szeroki uśmiech” w celu umożliwienia mi uczestnictwa w ww. projekcie

Iława, dnia

Miejscowość, data

.....
czytelny podpis



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez
Unię Europejską

