Załącznik Nr 1

FORMULARZ KWALIFIKACYJNY

wypełnia pracownik socjalny

Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki projektu: ……

PESEL: ……

KRYTERIA DOSTĘPU:

1. Zamieszkanie na terenie Gminy Barciany

   ☐ Tak ☐ Nie

2. Wiek powyżej 60+

   ☐ Tak ☐ Nie

3. Opiekun sprawujący opiekę nad osobami wymagającymi wsparcia

   ☐ Tak ☐ Nie

4. Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą niepełnosprawną ze stopniem umiarkowanym lub znacznym? - 2 pkt.

   ☐ Tak ☐ Nie

5. Czy Uczestnik/Uczestniczka posiada niepełnosprawności sprzężone, chorobami psychicznymi, niepełnosprawność intelektualną lub całościowej zaburzenia rozwojowe – 4 pkt

   ☐ Tak ☐ Nie

6. Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą z rodziny korzystającej z PO PŻ? – 2 pkt.

   ☐ Tak ☐ Nie

7. Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą w samodzielnym gospodarstwie domowym? – 3 pkt

   ☐ Tak ☐ Nie

ZAŁĄCZNIKI:
DO FORMULARZA NALEŻY DOŁĄCZYĆ DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE KWALIFIKOWALNOŚĆ UCZESTNIKA DO PROJEKTU

……

Data i podpis pracownika socjalnego

Fundusze Europejskie Program Regionalny
Zdrowe życie, czysty zysk
Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Projekt „Wysokiej jakości usługi społeczne dla osób starszych i ich opiekunów w Gminie Barciany" realizowany jest przez Gminę Barciany w partnerstwie z Fundacją „Żółty Szalik" i współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus