***Załącznik nr 1a do Regulaminu rekrutacji oraz uczestnictwa w projekcie***

*„Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”*

# AKTUALIZACJA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO

do udziału w projekcie „***Rozwój usług opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu*”,** w ramach którego działa Centrum Wsparcia Opiekunów dofinansowanego ze środków Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie - ZIT

**Wnioskuję o wsparcie w formie:** (należy zaznaczyć właściwe pola)

|  |  |
| --- | --- |
| **Działania edukacyjno-doradcze** |  **szkolenie (instruktaż) opiekuńcze** |
|  **usługi menagera opieki**  |
|  **grupa wsparcia** |
|  **wsparcie psychologiczne** |
| **Opieka wytchnieniowa w formie dziennej** |  **ze wskazaniem opiekuna** **bez wskazania opiekuna** |
| **Usługi opiekuńcze** |  |
| **usługi wypożyczalni sprzętu medycznego**  | ………………………………………………………………..(należy wskazać rodzaj sprzętu) wraz z transportem: TAK  NIE  |
| **wczesna opieka poszpitalna** |  |

# Dane kandydata - opiekuna faktycznego/nieformalnego

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ:** |  |
| **NAZWISKO:** |  |
| ***PESEL:*** |  | Płeć **K/M:** |  |
|  | **DANE TELEADRESOWE:**  |
| Kraj: | **Polska**  |
| Województwo: | **małopolskie**  |
| Powiat: | **tarnowski** | Gmina: | **Tuchów** |
| Miejscowość: |  | Nr domu |  |
| Ulica: |  | Kod pocztowy: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Wykształcenie |  | Pozycja na rynku pracy |  |

# Dane kandydata – osoby wymagającej wsparcia\*

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ:** |  |
| **NAZWISKO:** |  |
| ***PESEL:*** |  | Płeć **K/M:** |  |
|  | **DANE TELEADRESOWE:**  |
| Kraj: | **Polska**  |
| Województwo: | **małopolskie**  |
| Powiat: | **Tarnowski** | Gmina: | **Tuchów** |
| Miejscowość: |  | Nr domu |  |
| Ulica: |  | Kod pocztowy: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Wykształcenie |  | Pozycja na rynku pracy |  |

**…………………………. ……………………………….**

 data czytelny podpis

\*w przypadku braku opiekuna wypełnia osoba wymagająca pomocy