



Projekt pn. „Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VIII – Integracja Społeczna, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dane kandydata	LP.	Formularz zgłoszeniowy kandydata do mieszkania wspieranego	
	1.	Imię (imiona)	
	2.	Nazwisko	
	3.	Data urodzenia	
	4.	PESEL	
	5.	Nr i seria dowodu osobistego	
Dane kontaktowe	6.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niepełne podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Zawodowe <input type="checkbox"/> Średnie techniczne <input type="checkbox"/> Średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> Pomaturalne <input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Obecnie uczę się/studiuję
	7.	Adres zameldowania wraz z kodem pocztowym	
Sytuacja rodzinna	8.	Nr telefonu	
	9.	Stan cywilny	
	10.	Rodzina	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Stopień pokrewieństwa
Sytuacja	11.	Leczony w Poradniach Zdrowia	
	12.	Źródło dochodu	



Projekt pn. „Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VIII – Integracja Społeczna, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.

	Aktualna sytuacja mieszkaniowa	<input type="checkbox"/> mieszkam samodzielnie <input type="checkbox"/> mieszkam z rodziną <input type="checkbox"/> inne (jakie ?).....
13.	Korzystanie z ośrodków lecznictwa	<input type="checkbox"/> zakład opiekuńczo leczniczy <input type="checkbox"/> zespół leczenia środowiskowego <input type="checkbox"/> inne (jakie ?)..... Od kiedy:.....
14.	Korzystanie z ośrodków wsparcia	<input type="checkbox"/> Dom Pomocy Społecznej <input type="checkbox"/> Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze <input type="checkbox"/> Środowiskowy Dom Samopomocy <input type="checkbox"/> Warsztaty Terapii Zajęciowej <input type="checkbox"/> Klub Integracji Społecznej <input type="checkbox"/> Klub samopomocy <input type="checkbox"/> Inne (jakie ?)..... Od kiedy:.....
15.	Osoba do kontaktu Imię i Nazwisko Adres, telefon	
16.	Przyznanie mieszkania z powodu (właściwe zakreślić)	<input type="checkbox"/> niepełnosprawności <input type="checkbox"/> jestem osobą niesamodzielną