PAKIET ZAŁĄCZNIKÓW
DO REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
„Nowe usługi społeczne w Gminie Niedrzwica Duża"
FELU.08.05-IZ.00-0114/25

Pakiet obejmuje dokumentację rekrutacyjną opiekunów faktycznych

Dokumenty projektowe nie zastępują rodzinnego wywiadu środowiskowego, decyzji administracyjnej ani innych dokumentów wymaganych przepisami pomocy społecznej

Beneficjent: Stowarzyszenie Grupa Inicjatyw Kulturalnych
Partner: Gmina Niedrzwica Duża

ZAŁĄCZNIK NR 10
FORMULARZ REKRUTACYJNY – OPIEKUN FAKTYCZNY
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
„Nowe usługi społeczne w Gminie Niedrzwica Duża"
nr FELU.08.05-IZ.00-0114/25
Beneficjent: Stowarzyszenie Grupa Inicjatyw Kulturalnych | Partner: Gmina Niedrzwica Duża

Imię i nazwisko:	
PESEL (w przypadku braku – inny identyfikator):	
Data urodzenia:	
Adres zamieszkania (ulica, nr, kod, miejscowość):	
Telefon:	
E-mail (jeżeli dotyczy):	
Imię i nazwisko osoby, nad którą sprawowana jest opieka:	
Relacja z osobą wymagającą wsparcia:	

Oświadczam, że:
☐sprawuję nieodpłatną opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i nie wykonuję tej opieki jako opiekun zawodowy
☐ zamieszkuję na terenie Gminy Niedrzwica Duża
☐ zapoznałem/am się z Regulaminem
☐ wyrażam wolę udziału w przewidzianych dla opiekunów formach wsparcia.

Wstępnie zgłaszane potrzeby wsparcia opiekuna:

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

Miejscowość i data:	
Czytelny podpis uczestnika / kandydata / przedstawiciela ustawowego / pełnomocnika*:	

*) niepotrzebne skreślić

ZAŁĄCZNIK NR 11
OŚWIADCZENIE O STATUSIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
„Nowe usługi społeczne w Gminie Niedrzwica Duża"
nr FELU.08.05-IZ.00-0114/25
Beneficjent: Stowarzyszenie Grupa Inicjatyw Kulturalnych | Partner: Gmina Niedrzwica Duża

Imię i nazwisko opiekuna:	
Imię i nazwisko osoby wymagającej wsparcia:	

Oświadczam, że sprawuję nieodpłatną, faktyczną opiekę nad wskazaną wyżej osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Opieka ma charakter nieformalny i nie jest przeze mnie wykonywana zawodowo w ramach odpłatnego świadczenia usług opiekuńczych.

Zakres sprawowanej pomocy / opieki:

.....

.....

.....

.....

Miejscowość i data:	
Czytelny podpis uczestnika / kandydata / przedstawiciela ustawowego / pełnomocnika*:	

*) niepotrzebne skreślić