



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 7F do Regulaminu
rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

Formularz zgłoszenia do usługi

„Konsultacje specjalistyczne w miejscu zamieszkania”

w ramach projektu „Rozwój usług społecznych dla mieszkańców Miasta Łaziska Górne
świadczonych w ramach Centrum Usług Społecznych w Łaziskach Górnych”.

**1. Dane osoby ubiegającej się o przyznanie usługi: (rodzica/przedstawiciela
ustawowego*):**

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon / e-mail:

.....

2. Dane dotyczące podopiecznego osoby ubiegającej się o przyznanie usługi

Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Telefon / e-mail:

.....

3. Rodzaj konsultacji specjalistycznej wg zaświadczenia lekarskiego:

☐ konsultacje pielęgniarskie,

☐ konsultacje psychologiczne,

☐ konsultacje psychiatryczne,

☐ konsultacje geriatryczne,

☐ konsultacje neurologiczne,

☐ inne.....



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



4. Inne istotne informacje o osobie, której udzielane jest wsparcie

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

5. Preferowany okres świadczenia usługi:

Data rozpoczęcia realizacji usługi:

Data zakończenia realizacji usługi:

6. Załączniki:

- orzeczenie o niepełnosprawności Tak ☐ / Nie ☐

- zaświadczenie lekarskie Tak ☐ / Nie ☐

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

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu Usług Społecznych oraz Regulaminem i warunkami uczestnictwa w projekcie „Rozwój usług społecznych dla mieszkańców Miasta Łaziska Górne świadczonych w ramach Centrum Usług Społecznych w Łaziskach Górnych”. Spełniam warunki uczestnictwa w projekcie jako odbiorcy usług i wyrażam zgodę na zawarcie Indywidualnego Planu Usług Społecznych.

W celu zapewnienia wysokiej jakości usług, wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez CUS świadczonej usługi „Konsultacje specjalistyczne w miejscu zamieszkania” w miejscu jej realizacji.

.....

Podpis kandydata, przedstawiciela ustawowego
lub opiekuna faktycznego



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA

o wyrażeniu zgody na publikację wizerunku

Udzielam / nie udzielam* Centrum Usług Społecznych w Łaziskach Górnych nieodpłatnego i nieodwołalnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem/wizerunkiem mojego/mojej*, bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania w związku z uczestnictwem w projekcie pt.: *„Rozwój usług społecznych dla mieszkańców Miasta Łaziska Górne świadczonych w ramach Centrum Usług Społecznych w Łaziskach Górnych”*.

Zgoda / brak zgody* obejmuje wykorzystanie, obróbkę, utrwalanie i powielanie wykonanych zdjęć, za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzonymi przez Wnioskodawcę działaniami w ramach projektu pt.: *„Rozwój usług społecznych dla mieszkańców Miasta Łaziska Górne świadczonych w ramach Centrum Usług Społecznych w Łaziskach Górnych”*.

Oświadczam, że jestem pełnoletni/a i nieograniczony/a w zdolności do czynności prawnych, oraz że zapoznałem się z powyższą treścią i w pełni ją rozumiem.

Imię i nazwisko:

Dokładny adres zamieszkania:

.....

(miejscowość, data)

.....

podpis Uczestnika¹

*Niepotrzebne skreślić

¹ W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej, oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej opiekuna prawnego.

Wniosek

Koordynator Indywidualnych Planów Usług Społecznych wnioskuje o przyznanie usługi „Konsultacje specjalistyczne w miejscu zamieszkania” w postaci preferowanego wsparcia:

Preferowane wsparcie	Planowany termin rozpoczęcia	Planowany termin zakończenia
Konsultacje specjalistyczne w miejscu zamieszkania		

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....
Pieczęć i podpis KIPUS

Potwierdzenie zakwalifikowania / nie zakwalifikowania do korzystania z usługi „Konsultacje specjalistyczne w miejscu zamieszkania”

Decyzja Organizatora Usług Społecznych:

Uzasadnienie nie zakwalifikowania do korzystania z usługi „Konsultacje specjalistyczne w miejscu zamieszkania”:

.....

.....

.....

.....
pieczęć i podpis Organizatora Usług Społecznych