



Stowarzyszenie Rozwoju  
Domu Pomocy Społecznej w Moczarach

Stowarzyszenie Rozwoju Domu Pomocy Społecznej w Moczarach, Moczary 41, 38-700 Ustrzyki Dolne  
Tel. +48 13461 1107, KRS: 0000229803, <http://srdps.dpsmoczary.pl> e-mail: [srdpsmoczary@gmail.com](mailto:srdpsmoczary@gmail.com)

## Formularz zgłoszeniowy

**Dzienny Ośrodek Wsparcia Opiekuńczego w Ustrzykach Dolnych – DOWO**  
Nowe miejsca opieki dziennej dla osób niesamodzielnych z powiatu bieszczadzkiego i leskiego jako kontynuacja Projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 – 2020. Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych (RPPK.08.03.00-18-0084/17)

Numer formularza rekrutacyjnego.....

Data wpływu formularza rekrutacyjnego.....

### 1. Dane kandydata:

1	Imię (imiona)		
2	Nazwisko		
3	Płeć	Kobieta	Mężczyzna
4	Data urodzenia		
5	PESEL		
6	Ulica		
7	Nr domu		
8	Nr mieszkania		
9	Miejscowość		
10	Kod pocztowy		
11	Województwo		
12	Powiat		
13	Telefon kontaktowy		



Stowarzyszenie Rozwoju  
Domu Pomocy Społecznej w Moczarach

Stowarzyszenie Rozwoju Domu Pomocy Społecznej w Moczarach, Moczary 41, 38-700 Ustrzyki Dolne  
Tel. +48 13461 1107, KRS: 0000229803, <http://srdps.dpsmoczary.pl> e-mail: [srdpsmoczary@gmail.com](mailto:srdpsmoczary@gmail.com)

## 2. Status uczestnika

Status społeczny kandydata (proszę zaznaczyć właściwe krzyżykiem):	Osoba niepełnosprawna ze stopniem znacznym lub umiarkowanym	
	Osoba niesamodzielna i/lub niepełnosprawna, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) z ust. z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej.	
	Osoba zagrożona ubóstwem/wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego	
	Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną oraz zaburzenia psychiczne, niepełnosprawność intelektualna	
	Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ)	
	Osoba w wieku powyżej 65 roku życia	

## 3. Status opiekuna (proszę zaznaczyć właściwe krzyżykiem):

- Opiekun osoby niepełnosprawnej z orzeczeniem
- Opiekun osoby niesamodzielnej w wieku 65 +

.....  
miejsowość i data

.....  
czytelny podpis uczestnika projektu