



**DOFINANSOWANO
ZE ŚRODKÓW BUDŻETU PAŃSTWA**

**OD ZALEŻNOŚCI KU
SAMODZIELNOŚCI-EDYCJA 2024**

Wzajemne wsparcie-działania
wspomagające codzienne
wyzwania członków rodzin osób z
niepełnosprawnością intelektualną
bądź z zaburzeniami psychicznymi.

**DOFINANSOWANIE
41 450,00 zł**

**CAŁKOWITA WARTOŚĆ
54 250,00 zł**

**DATA PODPISANIA UMOWY
wrzesień 2024**



Projekt „Wzajemne wsparcie-działania wspomagające codzienne wyzwania członków rodzin osób z niepełnosprawnością intelektualną bądź z zaburzeniami” w ramach programu pn. Od zależności ku samodzielności – edycja 2024 finansowany z budżetu państwa w ramach Programu Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Wartość dofinansowania: 41 450,00 zł

Wartość całkowita: 54 250,00 zł

ADRESATAMI PROGRAMU SĄ:

mieszkańcy miasta Kalisza; 15 osób z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnością intelektualną oraz ich rodziny i opiekunowie.

Opis i cele programu:

Usługa wsparcia w postaci 8 spotkań grupy samopomocowej członków rodzin przy jednoczesnym zapewnieniu opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnością intelektualną, a także wspólnych spotkań kulturalnych/ edukacyjnych. Zajęcia rozwijające umiejętności społeczne i zwiększające poczucie własnej wartości.

Usługi realizowane w ramach projektu są bezpłatne dla osób spełniających kryteria:
- osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności z powodu zaburzeń psychicznych, bądź niepełnosprawności intelektualnej wraz z członkiem rodziny/ opiekunem.

Rekrutacja odbywa się przez kontakt z koordynatorem projektu i wypełnieniem dokumentów rekrutacyjnych.

Program realizowany jest w 2024 roku. Osoby zainteresowane udziałem w Programie prosimy o kontakt pod nr telefonu 506 162 493 lub przez e-mail: mops.efs@mops-kalisz.pl.

Projekt pn. "Wzajemne wsparcie - działania wspomagające codzienne wyzwania członków rodzin osób z niepełnosprawnością intelektualną bądź z zaburzeniami psychicznymi", realizowany w ramach programu "Od zależności ku samodzielności" - edycja 2024.

DEKLARACJA UCZESTNIKA PROJEKTU

Ja, niżej podpisany/a deklaruję gotowość do uczestnictwa w projekcie: **"Wzajemne wsparcie - działania wspomagające codzienne wyzwania członków rodzin osób z niepełnosprawnością intelektualną bądź z zaburzeniami psychicznymi"**, realizowany w ramach programu "Od zależności ku samodzielności" - edycja 2024, realizowanym przez Miasto Kalisz/ Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu.

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie, a dane przedstawione przeze mnie w formularzu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i pozostają aktualne na dzień podpisania niniejszej deklaracji.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Ja, niżej podpisany/a w imieniu deklaruję gotowość do uczestnictwa w projekcie: **"Wzajemne wsparcie - działania wspomagające codzienne wyzwania członków rodzin osób z niepełnosprawnością intelektualną bądź z zaburzeniami psychicznymi"**, realizowany w ramach programu "Od zależności ku samodzielności" - edycja 2024, realizowanym przez Miasto Kalisz/ Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu.

.....
Data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu

Projekt pn. "Wzajemne wsparcie - działania wspomagające codzienne wyzwania członków rodzin osób z niepełnosprawnością intelektualną bądź z zaburzeniami psychicznymi", realizowany w ramach programu "Od zależności ku samodzielności" - edycja 2024.

FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA

NAZWA BENEFICJENTA
Miasto Kalisz/ Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu

DANE UCZESTNIKA										
IMIĘ										
NAZWISKO										
PESEL/INNY IDENTYFIKATOR										
PŁEĆ	MĘŻCZYZNA		KOBIETA		WIEK (w chwili przystąpienia do projektu)					
DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY										
<small>(Dotyczy rodziców/opiekunów prawnych - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby nieletniej lub osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie)</small>										
IMIĘ										
NAZWISKO										

DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA	
WOJEWÓDZTWO	
POWIAT	
GMINA	
MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA	
NR BUDYNKU	
NR LOKALU	
KOD POCZTOWY	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES E-MAIL	

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU						
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI <small>Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.</small>	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI		NIE	

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
SPECJALNE POTRZEBY W ZAKRESIE DOSTĘPNOŚCI	
(Należy zaznaczyć właściwą opcję lub wymienić inne specjalne potrzeby)	
dostępność architektoniczna na przykład: wejście na poziomie terenu wokół budynku, pochylnia, winda	
przygotowanie materiałów informacyjnych/szkoleniowych wydrukowanych większą czcionką niż standardowa	
materiały w alfabecie Braille'a	
tłumacz PJM	
wsparcie asystenta na przykład: osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością ruchową	
obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością	
Inne:	

.....
Data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu lub
rodzica/opiekuna/ członka rodziny (jeśli dotyczy)