Załącznik nr 3a

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DO UDZIAŁU W PROJEKCIE DLA GMINY Z WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO**

**„Niezależne życie - wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych”**

realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020   
Oś Priorytetowa II. Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym. Projekt współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

|  |  |
| --- | --- |
| **I DANE GMINY** | |
| **Nazwa gminy** |  |
| **Adres** |  |
| **Telefon kontaktowy gminy** |  |
| **E-mail gminy** |  |
| **II DANE OSOBY REPREZENTUJĄCEJ GMINĘ**  **POSIADAJĄCE UPOWAŻNIENIE DO PODPISANIA WNIOSKU** | |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Funkcja** |  |
| **Adres siedziby** |  |
| **E-mail** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **III DIAGNOZA POTRZEB GMINY** | |
| **1 Sytuacja społeczno-gospodarcza gminy:**  *Proszę opisać sytuację społeczno-gospodarczą gminy*  *(z podaniem źródła pochodzenia danych)* | |
|  | |
| **2 Diagnoza potrzeb w zakresie mieszkalnictwa wspomaganego:**  *Proszę krótko opisać zdiagnozowane w gminie potrzeby w zakresie mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, a w szczególności dla osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona i mieszkalnictwa wspomaganego dla osób starszych wraz z informacją na temat substancji mieszkaniowej, którą dysponuje gmina na potrzeby mieszkalnictwa wspomaganego* | |
|  | |
| **3 Zasoby gminy:**  *Czy gmina posiada lokal, który mógłby być zaadaptowany na mieszkanie wspomagane w projekcie „Niezależne życie…”. Proszę krótko opisać lokal w tym podstawę prawną dysponowania lokalem, jego opis i opis stanu technicznego z pod katem możliwości remontu i adaptacji* | |
|  | |
| **4 Zapewnienie trwałości usług**  *Czy gmina zapewni zachowanie trwałości w zakresie usług mieszkania wspomaganego  dla osób z chorobami neurologicznymi w tym z chorobą Alzheimera, osób z chorobą Parkinsona oraz dla osób starszych przez co najmniej 3 lata od zakończenia pilotażu?* | |
|  | |
| **Wskaźnik 1**  Proszę podać wskaźnik udziału ludności gminy w wieku 65 lat i więcej w ogóle ludności gminy - wg stanu na koniec 2016 r. *(z podaniem źródła pochodzenia danych)[[1]](#footnote-1)* | |
|  | |
| **Wskaźnik 2**  Proszę podać wskaźnik udziału ludności gminy w wieku 65 lat i więcej w ogóle ludności gminy - wg prognozy do 2020 r. *(z podaniem źródła pochodzenia danych)[[2]](#footnote-2)* | |
|  | |
| **Wskaźnik 3**  Proszę podać wskaźnik liczby mieszkańców gminy w wieku poprodukcyjnym, korzystających z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych w ramach zadań własnych gminy *(z podaniem źródła pochodzenia danych)[[3]](#footnote-3)*  Wskaźnik ustalony jest na 1000 ludności w wieku poprodukcyjnym w gminach. Gmina zostaje zakwalifikowana jeżeli wskaźnik wynosi lub przekracza 10,0 | |
|  | |
| **IV OŚWIADCZENIA** | |
| Po zapoznaniu się z Regulaminem naboru gmin z terenu województwa łódzkiego *„*Niezależne życie - wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych”oświadczam, że przyjmuję jego wszystkie postanowienia i dobrowolnie przystępuję do uczestnictwa w naborze.  Ponadto zobowiązuję się, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie gminy, którą reprezentuję:   1. przedstawiciele gminy, którą reprezentuję (w tym: osoby odpowiedzialne za zarządzanie publicznym zasobem mieszkaniowym, osoby odpowiedzialne za sprawy społeczne oraz odbiorcy wsparcia) będą brali czynny udział w wypracowywaniu i wdrażaniu modelowego rozwiązania z zakresu mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych 2. reprezentowana przeze mnie gmina zagwarantuje zachowanie trwałości wsparcia  w mieszkaniu wspomaganym, utworzonym w ramach projektu, przez okres co najmniej 3 lat od zakończenia wdrażania modelu/standardu, 3. zakupione w ramach projektu środki trwałe lub instalacje wykonane w ramach prac adaptacyjnych, jako efekty projektu, zostaną zachowane w niezmienionej formie przez okres 5 lat od daty zakończenia realizacji projektu; 4. jako osobę do kontaktów roboczych w sprawie niniejszego wniosku wyznaczam następującą osobę:   imię i nazwisko ………………………………………………………………  stanowisko służbowe ………………………………………………………..  nr tel. służbowego …………………………………………………………..  służbowy adres mailowy ……………………………………………………..  ..........................................................  /data wypełnienia wniosku,  pieczęć i podpis osoby upoważnionej/[[4]](#footnote-4) | |

1. Wg danych BDL – Ludność wg funkcjonalnych grup wieku w woj. łódzkim w 2016 r.( w grupie wieku 65 lat i więcej), <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica> [↑](#footnote-ref-1)
2. Wg Prognozy Wydziału Badań i Analiz RCPS w Łodzi <http://obserwatorium-rcpslodz.pl/index.php/badania> [↑](#footnote-ref-2)
3. Na podstawie *Oceny zasobów pomocy społecznej woj. łódzkiego w 2016 r.*, <http://www.obserwatorium-rcpslodz.pl/images/publikacje/_PDF/2016_09_27_Ocena_zasobow_pomocy_spol_dla_woj_lodz_za_rok_2016.pdf> [↑](#footnote-ref-3)
4. w przypadku gdy osoba podpisująca wniosek działa w oparciu o pełnomocnictwo, należy załączyć treść pełnomocnictwa. [↑](#footnote-ref-4)