Załącznik nr 1

Do regulaminu rekrutacji uczestników projektu pn. „Placówka Wsparcia Dziennego dla dzieci i młodzieży w Gminie Trzyciąż”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DZIECKA

do

„Placówka Wsparcia Dziennego dla dzieci i młodzieży w Gminie Trzyciąż”

„Centrum Rozwoju Dziecka Perspektywy Kids”

utworzonej w ramach realizowanego w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, w ramach Priorytetu 6 Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.21 Wsparcie usług społecznych w regionie, typ A. Usługi w zakresie wsparcia rodziny i pieczy zastępczej oraz/lub kompleksowe wsparcie osób usamodzielnianych i opuszczających pieczę zastępczą, typ B. Tworzenie nowych oraz rozwój już istniejących placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży

Data wpływu formularza	
Podpis osoby przyjmującej	

I. Informacje o projekcie

Tytuł projektu	„Placówka Wsparcia Dziennego dla dzieci i młodzieży w Gminie Trzyciąż”
Numer projektu	FEMP.06.21-IP.01-0343/24
Nazwa Realizatora	Stowarzyszenie Honestus

II. Dane uczestnika wnioskującego o wsparcie

Rodzaj uczestnika	Indywidualny	
Imię:	**Nazwisko:**	**Płeć[1]:** M K
Data i miejsce urodzenia: _ _ - _ _ - _ _ _ _ _____		
PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	**Wiek w chwili przystąpienia do projektu:**	

Adres zamieszkania:

ul. _____

nr budynku _____

nr lokalu _____

miejscowość _____

kod pocztowy _ _ - _ _ _ poczta _____

powiat _____

gmina _____

województwo _____

kraj _____

Obszar zamieszkania wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) * :

- słabo zaludnione (wiejskie)
- pośrednie (miasta, przedmieścia)
- gęsto zaludnione (miasta, centra miejskie, obszary miejskie)

Obywatelstwo:

- ❑ polskie
- ❑ brak polskiego obywatelstwa – obywatel/ka kraju UE
- ❑ brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel/ka kraju spoza UE/bezpaństwowiec/kobieta bezpaństwowiec

Wykształcenie (proszę zaznaczyć X w odpowiedniej kratce)

- ❑ Brak
- ❑ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) (niepełne podstawowe, podstawowe, gimnazjum)
- ❑ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)

1 * Właściwe zakreślić

(zasadnicza szkoła zawodowa, liceum, technikum, szkoły policealne) ❑ Wyższe (ISCED 5–8) (studia licencjackie, magisterskie, wyższe studia zawodowe, podyplomowe, doktoranckie)
Informacje o stanie zdrowia dziecka Choroby przewlekłe, przebyte operacje _____ Alergie _____ Przyjmowane leki _____
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu: ❑ Osoba obcego pochodzenia □ tak □ nie □ odmowa podania informacji ❑ Obywatel państwa trzeciego □ tak □ nie ❑ Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) □ tak □ nie □ odmowa podania informacji ❑ Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań □ tak □ nie □ odmowa podania informacji ❑ Osoba z niepełnosprawnościami □ tak □ nie

III. Dane rodzica

Dane Matki Dziecka

	Nazwisko		
Adres			
Numer telefonu		**Email**	

Informacje o Matce Dziecka *(zaznaczyć właściwe lub wpisać nie dotyczy)*					
nie żyje	pozbawiona praw rodzicielskich	ograniczone prawa rodzicielskie	po rozwodzie z ojcem dziecka	w separacji z ojcem dziecka	Nieznana

Dane Ojca Dziecka

Imię		**Nazwisko**			
Adres					
Numer telefonu		**Email**			
Informacje o Ojcu Dziecka *(zaznaczyć właściwe lub wpisać nie dotyczy)*					
nie żyje	pozbawiony praw rodzicielskich	ograniczone prawa rodzicielskie	po rozwodzie z matką dziecka	w separacji z matką dziecka	Nieznany

IV. Dane opiekuna prawnego/ opiekunki prawnej dziecka (jeśli dotyczy).

Imię		**Nazwisko**	
Adres			
Numer telefonu		**Email**	

V. Forma i miejsce wsparcia (proszę wpisać TAK)

Lp.	**Jestem zainteresowany/a następującą/ymi formą/ami wsparcia:**		
1.	**Placówka Wsparcia Dziennego**	Opiekuńcza	
		Specjalistyczna	
		Podwórkowa	

VI. Oświadczenie dotyczące sytuacji rodzinnej (zaznaczyć właściwe „TAK” lub „NIE”)

1.	Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	TAK	NIE
2.	Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną	TAK	NIE
3.	Osoba z chorobami psychicznymi	TAK	NIE
4.	Osoba z niepełnosprawnością intelektualną	TAK	NIE

5.	Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)	TAK	NIE
6.	Korzystanie z Programu Fundusze Europejskie Na Pomoc Żywnościową 2021-2027	TAK	NIE
7.	Opinia pedagoga szkolnego/wychowawcy/asystenta rodziny/kuratora o potrzebie wsparcia	TAK	NIE
8.	Posiadanie orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej	TAK	NIE
9.	Pozostawanie pod opieką OPS, PCPR lub innej jednostki pomocy społecznej	TAK	NIE

Pouczenie:

zgodnie z Regulaminu Rekrutacji : „Spełnianie kryteriów należy potwierdzić, dołączając do formularza zgłoszeniowego określone dokumenty źródłowe. W przypadku nieprzedłożenia dokumentów potwierdzających spełnianie kryteriów oraz w sytuacji braku potwierdzenia okoliczności zawartych w zaświadczeniu – nie uwzględnia się danego kryterium. Rodzice/opiekunowie prawni zobligowani są do dołączenia do formularza zgłoszeniowego niezbędnych dokumentów źródłowych, które będą potwierdzały spełnienie przez kandydata kryteriów rekrutacji i zwiększą jego szanse na udział w Projekcie.”

VII. Informacja dodatkowa o specjalnych potrzebach uczestnika/czki projektu

1. Rodzaj niepełnosprawności:

☐ osoba niesłysząca

☐ osoba niewidoma

☐ osoba niepełnosprawna ruchowo

☐ inny,

jaki?.....

☐ nie dotyczy

2. Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności:

☐ specjalna dieta,

jaka?.....

☐ wymagana obecność tłumacza języka migowego

(tak/nie)……

☐ konieczność stosowania przedmiotów i urządzeń wspomagających

(tak/nie)……

jakich?.....

☐ inne,

jakie?.....

☐ nie dotyczy

OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ I AKCEPTACJI REGULAMINU PLACÓWKI WSPARCIA DZIENNEGO

Oświadczam, że zapoznałem/am się treścią Regulaminu **„Placówka Wsparcia Dziennego dla dzieci i młodzieży w Gminie Trzyciąż”** i w pełni akceptuję wszystkie jego postanowienia.

….. …..

miejscowość, data podpis rodzica/opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE O NIE OTRZYMYWANIU JEDNOCZEŚNIE WSPARCIA W WIĘCEJ NIŻ JEDNYM PROJEKCIE Z ZAKRESU WSPARCIA RODZINY I PIECZY ZASTĘPCZEJ DOFINANSOWANYM ZE ŚRODKÓW EFS+

Oświadczam, że moje dziecko/podopieczny nie otrzymuje jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie z zakresu wsparcia rodziny i pieczy zastępczej dofinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

……..... …….....

miejscowość, data podpis rodzica/opiekuna prawnego