**Formularz zgłoszeniowy w ramach Zadania 1 „Rozwijanie środowiskowych form opieki nad dziećmi i młodzieżą w ramach utworzenia świetlicy w Ciścu”**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY KANDYDATA/KANDYDATKI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE KANDYDATA/KANDYDATKI ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROJEKCIE** | | | | | | | | |
| **Imię i Nazwisko** | |  | | | | | | |
| **PESEL** | |  | | | | | | |
| **Wykształcenie** | | [ ] NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE (ISCED 0)  [ ] PODSTAWOWE (ISCED 1)  [ ] GIMNAZJALNE (ISCED 2) [ ] PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3)  [ ] POLICEALNE (ISCED 4) [ ] WYŻSZE (ISCED 5-8) | | | | | | |
| **Miejscowość** | |  | | | | | | |
| **Ulica i numer budynku/lokalu** | |  | | | | | | |
| **Kod pocztowy** | |  | | | | | | |
| **Telefon kontaktowy** | |  | | | | | | |
| **Adres e-mail** | |  | | | | | | |
| **Czy kandydat/kandydatka, zainteresowany/a udziałem w projekcie jest osobąktóra bezpośrednio lub jako członek/członkini rodziny korzysta ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub osobą kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej** | | **[ ] TAK [ ] NIE**  **Jeśli TAK, wskaż przesłankę/przesłanki:** [ ] ubóstwo  [ ] sieroctwo  [ ] bezdomność  [ ] bezrobocie  [ ] niepełnosprawność  [ ] długotrwała lub ciężka choroba  [ ] przemoc w rodzinie  [ ] potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi  [ ] potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności  [ ] bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych  [ ] trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach  [ ] trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego  [ ] alkoholizm lub narkomania  [ ] zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa  [ ] klęska żywiołowa lub ekologiczna | | | | | | |
| **Czy kandydat/kandydatka, zainteresowany/a udziałem w projekcie jest osobą ,o której mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj. osobą, która** | | przebywa w pieczy zastępczej  opuszcza pieczę zastępczą  jest członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych | | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE**  **[ ] TAK [ ] NIE**  **[ ] TAK [ ] NIE** |
| **Czy kandydat/kandydatka, zainteresowany/a udziałem w projekcie jest osobąnieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich** | | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** | | |
| **Czy kandydat/kandydatka, zainteresowany/a udziałem w projekcie jest osobąprzebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym LUB młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty** | | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** | | |
| **Czy kandydat/kandydatka, zainteresowany/a udziałem w projekcie jest osobączłonkiem/członkinią rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, w której co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością?** | | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** | | |
| **Czy kandydat/kandydatka, zainteresowany/a udziałem w projekcie jest osobąniesamodzielną, tj. osobą, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego?** | | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** | | |
| **Czy kandydat/kandydatka, zainteresowany/a udziałem w projekcie jest osobąkorzystającą bezpośrednio lub członkiem rodziny korzystającej z pomocy w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa?** | | **[ ] TAK [ ] NIE**  **Jeśli TAK, podaj czy zostałeś/aś objęty/a działaniami towarzyszącymi**  **[ ] TAK [ ] NIE**  **Jeśli TAK, podaj jakiego rodzaju działania towarzyszące zostały Ci udzielone**  **……………………………………………………………………………………………….………..** | | | | | | |
| **Czy kandydat/kandydatka, zainteresowany/a udziałem w projekcie jest osobą, należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia?** | | **[ ] TAK [ ] NIE [ ] ODMOWA ODPOWIEDZI** | | | | | | |
| **Czy kandydat/kandydatka, zainteresowany/a udziałem w projekcie jest osobąbezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?** | | **[ ] TAK [ ] NIE** | | | | | | |
| **Czy kandydat/kandydatka, zainteresowany/a udziałem w projekcie jest osobąposiadająca ważne orzeczenie o niepełnosprawności?** | | **[ ] TAK [ ] NIE [ ] ODMOWA ODPOWIEDZI  Jeśli TAK:**  **Ustalony stopień …………………………………………………………………….…………**  **Rodzaj niepełnosprawności/ symbol …………………………………………………**  **Ważność orzeczenia ………………………………………………………………………….** | | | | | | |
| **Czy kandydat/kandydatka, zainteresowany/a udziałem w projekcie jest osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących?** | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** | | | |
| **Czy kandydat/kandydatka, zainteresowany/a udziałem w projekcie jest osobąprzebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu?** | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** | | | |
| **Czy kandydat/kandydatka, zainteresowany/a udziałem w projekcie jest osobą,żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu?** | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** | | | |
| **Czy kandydat/kandydatka, zainteresowany/a udziałem w projekcie jest osobąw innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)?** | | | | **[ ] TAK [ ] NIE [ ] ODMOWA ODPOWIEDZI** | | | | |
| **Czy kandydat/kandydatka, zainteresowany/a udziałem w projekcie posiada dysfunkcje lub deficyty rozwojowe tj. ADHD, dysleksja, dysgrafia, dysortografia, niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia ze spektrum autyzmu?** | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** | | | | |
| **Czy kandydat/kandydatka, zainteresowany/a udziałem w projekciejest zainteresowany udziałem w zajęciach matematycznych?** | | | | **[ ] TAK [ ] NIE**  **Jeżeli odpowiedź jest na TAK, to proszę o wskazanie czy zajęcia mają mieć charakter:**  **[ ] WYRÓWNAWCZY [ ] ROZWOJOWY** | | | | |
| **Inne ważne informacje** |  | | | | | | | |
| **DANE OSOBOWE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH** | | | | | | | | |
| **Imię** | | |  | | | |  | |
| **Nazwisko** | | |  | | | |  | |
| **Telefon kontaktowy** | | |  | | | |  | |
| **Adres zamieszkania** | | |  | | | |  | |
| Wyrażam wolę uczestnictwa dziecka/podopiecznego w projekcie„**Wyrównywanie szans oraz aktywizacja i integracja społeczności lokalnej w Gminie Węgierska Górka**” współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego na zasadach i warunkach wskazanych przez Realizatora. | | | | | | | | |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie dziecka/podopiecznego oraz moich danych osobowych dla potrzeb rekrutacji, organizacji i oceny projektu zgodnie z Ustawą z dn. 29.08 1997 r. o ochronie danych osobowych. | | | | | | | | |
| Przyjmuję do wiadomości, iż niniejsza ankieta jest zgłoszeniem chęci udziału w projekcie dziecka/podopiecznego. W procesie rekrutacyjnym niezbędnym będzie złożenie kompletu dokumentów rekrutacyjnych w zakresie wskazanym przez Realizatora projektu. | | | | | | | | |
| Oświadczam, iż zostałem poinformowany/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych  z prawdą. | | | | | | | | |
| Oświadczam, iż zapoznałem/am się z regulaminem projektu i nie wnoszę do niego zastrzeżeń. | | | | | | | | |
| Oświadczam, iż zapoznałem/am się z kryteriami oceny kandydatów/ek do udziału w projekcie i nie wnoszę  do nich zastrzeżeń. | | | | | | | | |
| Oświadczam, że spełniam kryteria udziału w projekcie. | | | | | | | | |
| Oświadczam, iż wyrażam zgodę na zebranie przez Realizatora projektu dodatkowych danych (jeżeli będzie  to wymagane do sprawozdawczości projektu), również po zakończeniu udziału w projekcie. | | | | | | | | |

***Świadomy/a odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń, oświadczam,   
że informacje zawarte w niniejszej ankiecie są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.***

|  |  |
| --- | --- |
| Data wypełnienia: |  |
| Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego \*: |  |

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna