*Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pole możliwości dla rodziny”*

|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu |  |
| Nr ewidencyjny |  |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „POLE MOŻLIWOŚCI DLA RODZINY”**

Formularz wypełnia jeden z członków rodziny – rodzic/opiekun prawny

(Proszę wypełniać formularz drukowanymi literami)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię** | |  | | | | | | |
| **Nazwisko** | |  | | | | | | |
| **Data urodzenia** | |  | | | | | | |
| **Adres zamieszkania** | | **Miejscowość** |  | | **Ulica** | |  | |
| **Nr domu** |  | | **Nr lokalu** | |  | |
| **Kod pocztowy** |  | | **Gmina** | |  | |
| **Telefon kontaktowy** | |  | | | | | | |
| **Adres e-mail** | |  | | | | | | |
| Rodzina Kandydata korzystała do tej pory ze wsparcia | | | | | | * **Tak** | | * **Nie** |
| Rodzina Kandydata jest objęta dozorem kuratora | | | | | | * **Tak** | | * **Nie** |
| Kandydat jest osobą samotnie wychowującą dziecko/dzieci | | | | | | * **Tak** | | * **Nie** |
| Rodzina wielodzietna 4 i więcej dzieci w wieku do 18 lat | | | | | | * **Tak** | | * **Nie** |
| W rodzinie Kandydata jest osoba niepełnosprawna | | | | | | * **Tak** | | * **Nie** |
| **Członkowie rodziny wspólnie zamieszkujący** | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** | | | | **Data urodzenia** | | **Stopień pokrewieństwa** | | |
| 1. |  | | |  | |  | | |
| 2. |  | | |  | |  | | |
| 3. |  | | |  | |  | | |
| 4. |  | | |  | |  | | |
| 5. |  | | |  | |  | | |
| 6. |  | | |  | |  | | |
| 7. |  | | |  | |  | | |
| 8. |  | | |  | |  | | |
| **Główne obszary problemów występujących w rodzinie** | | | | | | | | |
| 1. | Opiekuńczo-wychowawcze | | | | | * **Tak** | | * **Nie** |
| 2. | Socjalno-bytowe | | | | | * **Tak** | | * **Nie** |
| 3. | Zdrowotne | | | | | * **Tak** | | * **Nie** |
| 4. | Bezrobocie | | | | | * **Tak** | | * **Nie** |
| 5. | Uzależnienia | | | | | * **Tak** | | * **Nie** |
| 6. | Niepełnosprawność | | | | | * **Tak** | | * **Nie** |
| 7. | Psychologiczne | | | | | * **Tak** | | * **Nie** |
| 8. | Inne:……………………………………………………………………………………………………. | | | | | * **Tak** | | * **Nie** |
| **Pani/Pana oczekiwania dotyczące uczestnictwa w Projekcie** | | | | | | | | |
| Które z wymienionych działań mogą być adekwatnym wsparciem Pani/Pana rodziny (można zaznaczyć wiele odpowiedzi) | | * Wsparcie asystenta rodziny * Wsparcie rodziny wspierającej * Wsparcie pielęgniarki środowiskowej * Usługi opiekuńcze * Możliwość skorzystania z profesjonalnej i bezpłatnej pomocy specjalistów m.in: psychologa, pedagoga, terapeuty, logopedy, doradcy zawodowego * Korzystanie przez dzieci w wieku 6-18 lat ze wsparcia w ramach Akademii Rozwoju Talentów (ART) * Edukacja Rodzinna * Wsparcie w ramach Animacji Samopomocy Sąsiedzkiej * Inne, jakie? ………………………………………………………………………………. | | | | | | |
| Dlaczego chce Pani/Pan wziąć udział w Projekcie? (można zaznaczyć wiele odpowiedzi) | | * Chcę nauczyć się lepiej dbać o dzieci/rodzinę. * Chcę, aby moje dzieci miały właściwie zagospodarowany czas wolny. * Chcę zapewnić swoim dzieciom pomoc w rozwoju i nauce. * Chcę, aby moje dzieci miały lepszy start w dorosłe życie. * Nie chcę, aby moje dzieci trafiły do pieczy zastępczej. * Chcę poprawić relacje w najbliższym otoczeniu. * Inny powód: ……………………………………………………………………………… | | | | | | |

**Oświadczenie Kandydata**

1. Dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym, w tym wszystkie oświadczenia są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem/am się z postanowieniami Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pole możliwości dla rodziny”, akceptuję jego postanowienia i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w Projekcie zobowiązuję się do bezwzględnego przestrzegania ww. regulaminu.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że zgłoszenie nie jest równoznaczne z przyjęciem do Projektu.
4. W przypadku zakwalifikowania mnie do udziału, deklaruję swój udział w Projekcie „Pole możliwości dla rodziny”.
5. Deklaruję uczestnictwo w określonych dla mnie formach wsparcia w Projekcie, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora Projektu.
6. Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „Pole możliwości dla rodziny” ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027.
7. Zostałem/am poinformowany/a na etapie składania dokumentów rekrutacyjnych o możliwości odmowy podania danych dotyczących spełniania kryteriów udziału w Projekcie, jednak ich podanie jest niezbędne do zakwalifikowania do udziału w Projekcie „Pole możliwości dla rodziny”.
8. Zapoznałem się z klauzulami informacyjnymi dot. Przetwarzania danych osobowych.
9. Oświadczam, że zezwalam na rozpowszechnianie mojego wizerunku w związku realizacją projektu oraz na warunkach określnych w regulaminie przetwarzania i rozpowszechniania wizerunku stanowiącym załącznik do niniejszego formularza.

□ TAK, □ NIE \*

\* zaznacz X w kratce, jeśli składasz zezwolenie

Brak wyrażenia przez Państwa zgody na rozpowszechniania wizerunku nie będzie miał wpływu na zakwalifikowanie Państwa do udziału w projekcie.

………………………………………………………….. ………….……………………………………………..

miejscowość, data podpis Kandydata

Załączniki

**Do Formularza Zgłoszeniowego należy załączyć:**

1. Oświadczenie o miejscu zamieszkania – załącznik nr 1.
2. Zaświadczenie wydane przez Płużnickie Centrum Usług Społecznych, że dana osoba spełnia wymogi uprawniające do udziału w projekcie z zaznaczeniem czy osoba ta jest klientem lokalnego ośrodka pomocy społecznej PCUS czy też nie, ale boryka się z różnymi problemami społecznymi. – załącznik nr 2
3. Opinia psychologa – ocena motywacji rodziny do przerwania łańcucha dziedziczenia biedy.
4. Oświadczenie o rodzinie wielodzietnej – załącznik nr 3.\*
5. Oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka/dzieci – załącznik nr 4.\*
6. Oświadczenie o objęciu rodziny dozorem kuratora – załącznik nr 5.\*
7. Orzeczenie o niepełnosprawności.\*

\*Jeśli dotyczy