

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „Wsparcie Rodziny”

Formularz zgłoszeniowy Kandydata/Kandydatki na Uczestnika/Uczestniczkę Projektu wypełniany jest odręcznie (czytelnie) w języku polskim i czytelnie podpisany imieniem i nazwiskiem w wyznaczonych miejscach. W przypadku osób niepełnoletnich wymagany jest podpis opiekuna prawnego. Warunkiem rozpatrzenia formularza jest **wypełnienie wszystkich wymaganych pól**. Należy zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru (np. *tak*, *nie*). **Każde pole powinno być wypełnione** (zaznaczone *tak* lub *nie*).

Złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.

Część I – dane Kandydata/Kandydatki do udziału w Projekcie									
	Imię (imiona)								
	Nazwisko								
	PESEL								
	Data urodzenia								
Adres zamieszkania	Miasto								
	Kod pocztowy			-			Ulica		
	Nr domu					Nr lok.			
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy								
	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)								
Wykształcenie (należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)	Podstawowe <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i>								
	Gimnazjalne <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>								
	Ponadgimnazjalne <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)</i>								
	Policealne <i>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i>								
	Wyższe <i>Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym (licencjat, magisterium lub równorzędne)</i>								

Część II Pani/Pana oczekiwania dotyczące uczestnictwa w Projekcie

Które z działań podwyższyłoby Pani/Pana szanse na zmianę sytuacji społecznej lub rodzinnej? (można zakreślić więcej niż jedno)	Warsztaty – trening interpersonalny, nauka nazywania emocji i kierowania nimi, rozwiązywanie problemów w rodzinie																													
	Cykl zajęć dla rodzin: komunikowanie się w rodzinie bez przemocy, uzależnienia, skuteczna komunikacja z dzieckiem, zdrowy styl życia, umiejętności psychospołeczne, kompetencje społeczne																													
	Indywidualne wsparcie psychologa																													
	Indywidualne wsparcie konsultanta rodziny																													
	Indywidualne wsparcie coacha rodzinnego																													
	Indywidualne wsparcie prawne																													
	Poradnictwo fizjoterapeuty																													
	Poradnictwo logopedy																													
	Poradnictwo pedagoga																													
	Poradnictwo dietetyka																													
	Terapia indywidualna																													
	Terapia małżeńska i partnerska																													
	Terapia rodzinna																													
	Dobre praktyki																													
	Inne, jakie?																													
Dlaczego Pani/Pan chce dołączyć do Projektu?																														
Jaki jest Pani/Pana stopień motywacji do uczestnictwa w projekcie ? (1 – bardzo niska motywacja, 10 – bardzo wysoka motywacja)	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																					

Część III Oświadczenia Kandydata/Kandydatki do Projektu					
			TAK	NIE	
Oświadczam, że: (należy zaznaczyć przy odpowiedniej pozycji)	X	Jestem osobą nieaktywną zawodowo			
		Jestem osobą poszukującą pracy			
		Jestem osobą pracującą			
		Jestem na zasiłku rehabilitacyjnym			
		Jestem na rencie			
		Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w PUP			
Oświadczam, że: (należy zaznaczyć przy odpowiedniej pozycji)	X			TAK	NIE
		Korzystam ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2011r. Nr 43, poz. 225 z późn. zm.), finansowych i/lub niefinansowych	Jeśli „TAK” to 1 punkt		
		Jestem:			
		rodziną z dziećmi, w tym doświadczającą trudności opiekuńczo-wychowawczych	Jeśli „TAK” to 1 punkt		
		osobą potrzebującą interwencji kryzysowej	Jeśli „TAK” to 1 punkt		
		osobą doświadczoną przemocą lub pokrzywdzoną przestępstwem	Jeśli „TAK” to 1 punkt		
		osobą zagrożoną uzależnieniami	Jeśli „TAK” to 1 punkt		
		dzieckiem/młodzieżą wymagającą wsparcia	Jeśli „TAK” to 1 punkt		
		osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą lub rodziną przeżywającą trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych	Jeśli „TAK” to 1 punkt		
		osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości	Jeśli „TAK” to 1 punkt		
		osobą przebywającą w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii	Jeśli „TAK” to 1 punkt		
		rodziną z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością	Jeśli „TAK” to 1 punkt		

osoba zakwalifikowaną jako najbardziej oddaloną od rynku pracy, zgodnie z ustawą z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy	<u>Jeśli „TAK” to 1 punkt</u>		
osobą niesamodzielną	<u>Jeśli „TAK” to 1 punkt</u>		
osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytocznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2021-2027	<u>Jeśli „TAK” to 1 punkt</u>		
osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa na lata 2021-2027	<u>Jeśli „TAK” to 2 punkt</u>		
osobą z niepełnosprawnością	<u>Jeśli „TAK” to 1 punkt</u>		
osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym	<u>Jeśli „TAK” to 1 punkt</u>		
<u>Suma punktów</u>			

.....
Czytelny podpis kandydata/kandydatki

OŚWIADCZAM, że:

1. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 § 1 oraz art. 297 Kodeksu karnego i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.
2. Nie otrzymuje jednocześnie wsparcia w innym projekcie dofinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
3. Dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym, **w tym wszystkie oświadczenia** są zgodne z prawdą.
4. Zapoznałem/am się z zasadami uczestnictwa w projekcie „Wsparcie Rodziny”.
5. Deklaruję swój udział w projekcie „Wsparcie Rodziny”, w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.
6. Jestem osobą spełniającą kryteria uczestnictwa w projekcie.
7. Deklaruję uczestnictwo w określonych dla mnie formach wsparcia.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych



Fundacja Elbląg - Fundusz Lokalny Regionu Elbląskiego
ul. Zw. Jaszczurczego 17, 82-300 Elbląg
tel./fax 55 236 98 88, biuro@fundacja.elblag.pl
www.fundacja.elblag.pl

(t.j. Dz.U. z 2015r. poz. 2135).

9. Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „**Wsparcie Rodziny**” ze środków Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027.
10. Zostałem/am poinformowany/a na etapie składania dokumentów rekrutacyjnych do powyższego projektu o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji społecznej).

Elbląg, dnia.....

.....
Czytelny podpis kandydata/kandydatki



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez
Unię Europejską

