



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do Projektu „Rozwój rodzinnej pieczy zastępczej 2.0” realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lublińcu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027

PROSZĘ O WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH PUNKTÓW FORMULARZA (proszę zaznaczyć odpowiedzi, które odnoszą się do Pana/i sytuacji)	
Imię	
Nazwisko	
Nr PESEL	☐ PESEL - _____ ☐ brak PESEL - inny identyfikator _____
Obywatelstwo	☐ obywatelstwo polskie ☐ brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE ☐ brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec
Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna
Wykształcenie	☐ Co najwyżej średnie I stopnia (poniżej podstawowego, podstawowe, gimnazjalne) (ISCED 0-2) ☐ Średnie II stopnia (zawodowe, średnie, średnie zawodowe) (ISCED 3) oraz policealne (ISCED 4) ☐ Wyższe (ISCED 5-8)
ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA/CZKI	
Kraj	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość zamieszkania	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	



STATUS UCZESTNIKA/CZKI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

- ☐ osoba z niepełnosprawnościami,
☐ osoba obcego pochodzenia,
☐ osoba państwa trzeciego,
☐ osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane),
☐ osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań,
☐ żadne z powyższych,
☐ odmowa udzielenia odpowiedzi.

PRZESŁANKI KWALIFIKUJĄCE DO WSPARCIA W PROJEKCIE

- ☐ dzieci umieszczone w pieczy zastępczej,
☐ osoby usamodzielniane,
☐ osób pełniące funkcję rodziny zastępczej/rodzinnego domu dziecka, w tym:
☐ członkowie ich rodzin (np. dziecko biologiczne lub przysposobione, partner/partnerka/małżonek/małżonka osoby pełniące funkcję rodziny zastępczej,
☐ kandydaci do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka

SPECJALNE POTRZEBY

- ☐ Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową? Jeśli TAK, proszę opisać jakie:.....
☐ Zapewnienie tłumacza języka migowego?
☐ Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką?
☐ Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych? Jeśli TAK, proszę opisać jakie:
☐ Inne specjalne potrzeby? Jeśli TAK, proszę opisać jakie:.....

PREFERENCJE DOTYCZĄCE GRUP DOCELOWYCH I OKREŚLONE WAGI PUNKTOWE

Oświadczam, że spełniam następujące kryteria uprawniające do pierwszeństwa udziału w projekcie:

Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz z niepełnosprawnością sprzężoną, osoby z zaburzeniami psychicznymi, z niepełnosprawnością intelektualną, osoby z całościowymi zaburzeniami rozwoju	☐ Tak	☐ Nie
Osoby lub rodziny korzystające z FE PŻ (Program Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027)	☐ Tak	☐ Nie



KRYTERIA REKRUTACJI I OKREŚLONE WAGI PUNKTOWE

- ☐ Osoby niepełnosprawne lub z niepełnosprawnym dzieckiem – 1 PUNKT,
- ☐ Rodziny zastępcze spokrewnione, które nie zostały przeszkolone na kandydatów na rodzinę zastępczą – 1 PUNKT
- ☐ Rodziny posiadające 3 i więcej dzieci – 1 PUNKT

Liczba punktów:

1. Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że składanie oświadczeń niezgodnych ze stanem faktycznym podlega odpowiedzialności.
2. Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/y, że ww. projekt jest dofinansowany przez Unię Europejską w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (Europejski Fundusz Społeczny+).
3. Zapoznałam/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Rozwój rodzinnej pieczy zastępczej 2.0” i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
4. Zapoznałam/am się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych przez Administratora danych osobowych - Zarząd Województwa Śląskiego pełniącego rolę Instytucji Zarządzającej programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (IZ FE SL).
5. Zapoznałam/am się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych przez Administratora danych osobowych – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lublińcu
6. Niniejszym oświadczam, że deklaruję swój udział w niniejszym projekcie, w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.
7. Zobowiązuję się do złożenia dokumentów wskazanych przez koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej potwierdzających moją kwalifikowalność (zaświadczenia/orzeczenia/oświadczenia)

Lubliniec, dnia

.....
Czytelny podpis kandydata/podpis przedstawiciela dziecka¹

¹ Wymagany w przypadku, gdy kandydatem jest osoba niepełnoletnia



WYPEŁNIA PRACOWNIK REKRUTUJĄCY UCZESTNIKA PROJEKTU

Osoba kwalifikuje się do udziału w projekcie	☐ TAK	☐ NIE
Osoba spełnia kryteria uprawniające do pierwszeństwa udziału w projekcie	☐ TAK	☐ NIE
Liczba punktów przyznanych zgodnie z kryteriami rekrutacji		

Data i podpis Pracownika rekrutującego:

POSTANOWIENIE DYREKTORA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE

Kwalifikuję bezpośrednio do udziału w projekcie	☐
Zostaje wpisana na listę osób rezerwowych	☐
Nie kwalifikuje się do udziału w projekcie	☐

Lubliniec, dnia

Podpis