*Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DO PROJEKTU**

***„Więcej niż świetlica”***

**Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego**

 **na lata 2014 – 2020**

**Oś Priorytetowa VIII** Integracja społeczna

**Działanie 8.4** Poprawa do usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej

Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Więcej niż świetlica” dostępnym na stronie [www.mops-stalwol.pl](http://www.mops-stalwol.pl) lub www.swietlica-tecza.eu lub w Biurze Projektu ul. Dmowskiego 1; 37-450 Stalowa Wola, pokój nr 9.

|  |
| --- |
| **Informacje wypełniane przez personel projektu** |
| Data przyjęcia formularza  |  |
| Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie |  |

**UWAGI:**

1. Przed wypełnieniem formularza należy zapoznać się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Więcej niż świetlica”.

2. Formularz zgłoszeniowy do projektu należy wypełnić komputerowo lub odręcznie (czytelnie, drukowanymi literami, kolorem niebieskim) i złożyć wraz z wymaganymi załącznikami.

3. Formularz rekrutacyjny powinien być zaparafowany na każdej stronie i podpisany czytelnie przez kandydata do udziału w projekcie w miejscach do tego wskazanych.

4. Nie należy usuwać jakiejkolwiek treści niniejszego dokumentu.

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU**

|  |
| --- |
| **INFORMACJE PODSTAWOWE** |
| Imię (imiona) |  | Nazwisko |  |
| PESEL |  | Płeć | * **Kobieta**
 | * **Mężczyzna**
 |
| Miejsce urodzenia |  | Data urodzenia |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| Ulica |  | Nr domu/nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  | Miejscowość |  |
| Województwo |  | Powiat |  |
| Gmina  |  | Obszar | * **Miejski**
 | * **Wiejski**
 |
| Te. kontaktowy |  | e-mail |  |

**II. INFORMACJE DODATKOWE**

|  |
| --- |
| **KRYTERIA KWALIFIKACYJNE DOTYCZĄCE GRUPY DOCELOWEJ** |
| 1. | Przynależność kandydata do grupy docelowej (proszę zaznaczyć x w każdym właściwym miejscu) |  | **I. Dziecko pochodzące z rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, spełniająca przesłankę/i tj:** |
|  | 1.ubóstwo; |
|  | 2.sieroctwo; |
|  |  3.bezdomność; |
|  | 4.bezrobocie; |
|  | 5.niepełnosprawność; |
|  | 6.długotrwała lub ciężka choroba; |
|  | 7.przemoc w rodzinie; |
|  | 8.potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi; |
|  | 9.potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; |
|  | 10.bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; |
|  | 11.trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającąlub 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; |
|  | 12.trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; |
|  | 13.alkoholizmu lub narkomanii; |
|  | 14.zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; |
|  | 15.klęski żywiołowej lub ekologicznej. |
|  | **II. Dziecko z rodziny przezywającej trudności wypełnieniu funkcji opiekuńczo – wychowawczej.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW** | **DOTYCZY** | **NIE DOTYCZY** |
| 1. | Zaświadczenie z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Stalowej Woli o korzystaniu z pomocy świadczonej przez Ośrodek; |  |  |
| 2. | Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności; |  |  |
| 3. | Zaświadczenie z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Stalowej Woli o korzystaniu z pomocy w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **WYKAZ DODATKOWYCH ZAŁĄCZNIKÓW** | **DOTYCZY** | **NIE DOTYCZY** |
| 1. | Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności |  |  |
| 2. | Opinia z Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej |  |  |
| 3. | Opinia specjalisty (zaświadczenie lekarskie) |  |  |
| 4. | Zaświadczenie o korzystaniu z pomocy świadczonej przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Stalowej Woli |  |  |
| 5. | Zaświadczenie o trudnościach w nauce wydane przez pedagoga szkolnego lub psychologa szkolnego.  |  |  |

|  |
| --- |
| **III. IDENTYFIKACJA SPECJALNYCH POTRZEB OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI** |
| Czy zgłasza Pan/Pani specjalne potrzeby / ułatwienia w trakcie uczestnictwa dziecka w Projekcie? | * **TAK**
* **NIE**

**Jeśli tak, to jakie?......................................................................................................................****……………………………………………………………………………………………………………………………****…………………………………………………………………………………………………………………………….****……………………………………………………………………………………………………………………………****…………………………………………………………………………………………………………………………..** |

**IV. ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA**

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI** |
| **Oświadczenie, że:**Zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w Projekcie, tj. w chwili przystąpienia do projektu jestem osobą:* Zamieszkującą na obszarze województwa podkarpackiego,
* Jestem osobą korzystającą ze świadczeń z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Stalowej Woli.
* Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w w/w projekcie i wyrażam zgodę na przystąpienie do niego;
* Zostałem/am poinformowana/y, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
* Wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu ( zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz.U. z 2002r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji projektu, sprawozdawczością, monitoringiem i ewaluacją projektu.
 |

**Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajanie prawdy, niniejszym oświadczam, iż dane oraz oświadczenie zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.**

**……………………………………………………… ………………………………………………..**

*Miejscowość, data (dzień, miesiąc, rok)* *Czytelny podpis rodzica/opiekuna*

 *prawnego Kandydata/ki*