



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

Nazwa projektodawcy:
MIASTO RYBNIK
Tytuł projektu:
„Rybnicka Synergia - wzmocnienie systemu pieczy zastępczej”

zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie FESL.07.07-IZ.01-0A9D/24-003

Imię											
Nazwisko											
PESEL											
Wykształcenie (należy zaznaczyć X właściwy poziom)	Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum										☐
	Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) osoby, które ukończyły szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną										☐
	Wyższe (ISCED 5–8) osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie										☐
Województwo											
Powiat											
Gmina											
Miejscowość											
Ulica											
Nr budynku											
Nr lokalu											
Kod pocztowy											
Telefon kontaktowy											
Adres e-mail											

**Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu**

Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy	TAK	☐	NIE	☐
Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy	TAK	☐	NIE	☐
- w tym długotrwale bezrobotny	TAK	☐	NIE	☐
Bierny zawodowo	TAK	☐	NIE	☐
- w tym osoba ucząca się	TAK	☐	NIE	☐
- w tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	TAK	☐	NIE	☐
Osobą pracującą (niezależnie od rodzaju umowy)	TAK	☐	NIE	☐
Określenie przynależności do grupy docelowej projektu:				
Jestem rodziną zastępczą zawodową		☐		
Jestem rodziną zastępczą niezawodową		☐		
Jestem rodziną zastępczą spokrewnioną		☐		
Jestem osobą prowadzącą rodzinny dom dziecka		☐		
Jestem osobą prowadzącą placówkę opiekuńczo wychowawczą typu rodzinnego		☐		
Jestem wychowanką / wychowankiem rodzinnej pieczy zastępczej		☐		
Jestem wychowankiem usamodzielniającym się (opuszczającym pieczę zastępczą)		☐		
Osoba obcego pochodzenia				
Tak		☐		
Nie		☐		
Osoba państwa trzeciego				
Tak		☐		
Nie		☐		
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)				
Tak		☐		
Nie		☐		
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań				
Tak		☐		
Nie		☐		
Osoba z niepełnosprawnościami				
Tak		☐		
Nie		☐		



Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwą odповідь)	Kryterium pierwszeństwa	TAK	NIE	Jeśli TAK
	• Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	☐	☐	1 pkt
	• Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną	☐	☐	1 pkt
	• Jestem osobą niepełnosprawnością intelektualną	☐	☐	1 pkt
	• Jestem osobą osoby z chorobami psychicznymi	☐	☐	1 pkt
	• Jestem osobą korzystającą z programu FE PŻ 2021 2027	☐	☐	1 pkt
	• Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)	☐	☐	1 pkt
	SUMA UZYSKANYCH PUNKTÓW:			
Miejsce na liście uczestników:				
Czy występuje potrzeba wsparcia w zakresie szczególnych potrzeb (np. tłumacz PJM, większa czcionka w materiałach informacyjnych, itp.) ☐ TAK , w zakresie: ☐ NIE				

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

- Zapoznałem/am się z Regulaminem projektu.
- Nie korzystam z takich samych form wsparcia w ramach innych projektów współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Do formularza rekrutacyjnego załączam:

- Dokument potwierdzający uczestnictwo w programie FE PŻ wystawiony przez ośrodek pomocy społecznej ☐
- Kserokopia zdiagnozowanych całościowych zaburzeń rozwojowych (oryginał do wglądu) ☐
- Upoważnienie/pełnomocnictwo opiekuna prawnego ☐
- Kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu) ☐

.....
data i czytelny podpis uczestnika

.....
Data i godzina wpływu ankiety wraz z załącznikami