



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie pod nazwą

„Utworzenie Placówki Wsparcia Dziennego dla dzieci i młodzieży w Gminie Wiśniowa”

Współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020

UZUPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA FORMULARZ	
Data i godzina przyjęcia formularza	
Czytelny podpis osoby przyjmującej formularz	

Wszystkie pola muszą być wypełnione.

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza, najlepiej **DRUKOWANYMI LITERAMI**

KRYTERIA FORMALNE:

DANE OSOBOWE KANDYDATA/KANDYDATKI			
Poniższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości/legitymacją szkolną			
IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO			
PESEL			
DATA URODZENIA		MIEJSCE URODZENIA	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA I DANE OSOBOWE	WOJEWÓDZTWO		
	POWIAT		GMINA
	MIEJSCOWOŚĆ		KOD POCZTOWY
	ULICA		
	NR BUDYNKU		NR LOKALU
	TELEFON		OBSZAR ZAMIESZKANIA
	ADRES E-MAIL		
	WIEK		PŁEĆ
Dane szkoły/klasy do której uczęszcza Kandydat/Kandydatka:			

KRYTERIA MERYTORYCZNE:

INFORMACJE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA/KANDYDATKI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE (Proszę zaznaczyć znakiem „x” właściwą odpowiedź)	
I.	Czy spełnia Pan/Pani kryterium osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym ¹ i doświadcza wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej niżej wymienionych przestąnek:

¹Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym - osoby wskazane w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020

<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
(Jeśli TAK proszę zaznaczyć „x” przy sytuacji, w której się Pan/Pani znajduje, możliwe jest zaznaczenie wielu odpowiedzi)	
1. Korzystam ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikuję się do objęcia tym wsparciem, czyli:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Spełniam następującą z przesłanek do objęcia mnie pomocą społeczną (można zaznaczyć wiele odpowiedzi):	
<input type="checkbox"/> ubóstwo, <input type="checkbox"/> sieroctwo, <input type="checkbox"/> bezdomność, <input type="checkbox"/> bezrobocie, <input type="checkbox"/> niepełnosprawność, <input type="checkbox"/> długotrwała lub ciężka choroba, <input type="checkbox"/> przemoc w rodzinie, <input type="checkbox"/> potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi, <input type="checkbox"/> potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, <input type="checkbox"/> bezradność w sprawach opiekuńczo-wych. i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, <input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, <input type="checkbox"/> alkoholizm lub narkomania, <input type="checkbox"/> zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa, <input type="checkbox"/> klęska żywiołowa lub ekologiczna	
2. Należę do kategorii osób, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy o zatrudnieniu socjalnym, czyli:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Spełniam następującą z przesłanek o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy o zatrudnieniu socjalnym (można zaznaczyć wiele odpowiedzi):	
<input type="checkbox"/> bezdomny realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności, <input type="checkbox"/> uzależniony od alkoholu, <input type="checkbox"/> uzależniony od narkotyków lub innych środków odurzających, <input type="checkbox"/> chory psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotny w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, <input type="checkbox"/> zwolniony z zakładu karnego, mający trudności w integracji ze środowiskiem, <input type="checkbox"/> uchodźca ² realizujący indywidualny program integracji, <input type="checkbox"/> niepełnosprawny w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych	
3. Przeżywam trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych i/lub moje dziecko przebywało/przebywa w pieczy zastępczej ³ .	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
4. Wobec mojego dziecka zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
5. Moje dziecko przebywa/przebywało w	<input type="checkbox"/> TAK

² **Osoba posiadająca status uchodźcy** – osoba która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa art. 159 ust. 1 pkt lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach.

³ **System pieczy zastępczej** - to zespół osób, instytucji i działań mających na celu zapewnienie czasowej opieki i wychowania dzieciom w przypadkach niemożności sprawowania opieki i wychowania przez rodziców. Umieszczenie dziecka w pieczy zastępczej następuje na podstawie orzeczenia sądu. Piecza zastępcza jest sprawowana w formie rodzinnej (w rodzinie zastępczej lub rodzinnym domu dziecka) lub instytucjonalnej (placówka opiekuńczo-wychowawcza, regionalna placówka opiekuńczo-terapeutycznej, interwencyjny ośrodek preadopcyjny), zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (tj.Dz.U.2020.821).

młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii.	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
6. Jestem osobą z niepełnosprawnością ⁴	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
7. Sprawuję opiekę nad osobą z niepełnosprawnością oraz przynajmniej jeden z członków mojego gospodarstwa domowego nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
8. Potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
9. Jestem osoba bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
II. Czy jest Pan/Pani osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub z niepełnosprawnością sprzężoną lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, intelektualnymi, całościowymi zaburzeniami rozwojowymi ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
1. Jaki posiada Pan/Pani stopień niepełnosprawności ?	<input type="checkbox"/> LEKKI <input type="checkbox"/> UMIARKOWANY <input type="checkbox"/> ZNACZNY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
2. Jaki posiada Pan/Pani rodzaj niepełnosprawności ?	<input type="checkbox"/> FIZYCZNA <input type="checkbox"/> INTELEKTUALNA <input type="checkbox"/> ZABURZENIA PSYCHICZNE <input type="checkbox"/> SPRZĘŻONA ⁵ <input type="checkbox"/> CAŁOŚCIOWE ZABURZENIA ROZWOJOWE <input type="checkbox"/> INNE
III. Czy jest Pan/Pani osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa? ⁶ <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

⁴ **Osoba z niepełnosprawnością** - zgodnie z Wytocznymi w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 - oznacza to osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426 ze zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685). Osoba z niepełnosprawnością to również uczeń albo dziecko w wieku przedszkolnym, posiadające orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności, oraz dzieci i młodzież, posiadające orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim. Orzeczenia te są wydawane przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej.

⁵ **Niepełnosprawność sprzężona** - występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności.

⁶ **Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa** - osoba, która na dzień składania dokumentów rekrutacyjnych, co najmniej raz skorzystała z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.

IV. Czy jest Pan/Pani osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z zamieszkiwaniem na terenie objętym rewitalizacją?

TAK NIE

KRYTERIA DODATKOWE:

INFORMACJE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE CD.

(Proszę zaznaczyć znakiem „x” właściwą odpowiedź)

V. Czy spełnia Pan/Pani kryterium wychowywania się w niekorzystnych warunkach środowiskowych ?

TAK NIE

(Jeśli TAK proszę zaznaczyć „x” przy sytuacji, w której się Pan/Pani znajduje, możliwe jest zaznaczenie wielu odpowiedzi)

osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, m.in.: korzystające ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną, przebywające lub opuszczające pieczę zastępczą oraz wychowujące się w rodzinach przeżywających trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, osoby wobec których zastosowano środek zapobiegający i zwalczający demoralizację i przestępczość, osoby korzystające z PO PŻ.

osoby wychowujące się w rodzinach, w których występuje alkoholizm, przemoc lub niewydolność wychowawcza

osoby wychowujące się w rodzinach niepełnych, wielodzietnych, w których co najmniej jedno z rodziców pracuje za granicą lub dotkniętych niepełnosprawnością/przewlekłą chorobą,

osoby wychowujące się na obszarze zdegradowanym objętym rewitalizacją obszarów zdegradowanych⁷

VI. Czy spełnia Pan/Pani kryterium dla osób przeżywających trudności rozwojowe wykraczające poza kompetencje wychowawcze rodziny i szkoły ?

TAK NIE

(Jeśli TAK proszę zaznaczyć „x” przy sytuacji, w której się Pan/Pani znajduje, możliwe jest zaznaczenie wielu odpowiedzi)

moje dziecko przejawia deficyty edukacyjne i rozwojowe,

moje dziecko doświadcza trudności w funkcjonowaniu społecznym (odrzuconie przez grupę rówieśniczą, niedostosowanie społeczne lub jest zagrożone niedostosowaniem),

moje dziecko sprawia trudności wychowawcze i/lub podejmuje zachowania ryzykowne,

moje dziecko przeżywa osobiste trudności rozwojowe wynikające z długotrwałej choroby lub niepełnosprawności

⁷**Rewitalizacja obszarów zdegradowanych** – rewitalizacja obszarów o których mowa w Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020. To kompleksowy proces wyprowadzania ze stanu kryzysowego obszarów zdegradowanych (obszarów, na których zidentyfikowano stan kryzysowy) poprzez działania całościowe (powiązane wzajemnie przedsięwzięcia obejmujące kwestie społeczne oraz gospodarcze lub przestrzenno-funkcjonalne lub techniczne lub środowiskowe), integrujące interwencję na rzecz społeczności lokalnej, przestrzeni i lokalnej gospodarki, skoncentrowane terytorialnie i prowadzone w sposób zaplanowany oraz zintegrowany poprzez programy rewitalizacji.

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

- 1) Wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów pod względem ich zgodności z prawdą.
- 2) Uprzedzona(-y) o odpowiedzialności karnej z art. 233 kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
- 3) Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie „Utworzenie Placówki Wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży w Gminie Wiśniowa” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie.
- 4) Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w procesie rekrutacji do „Utworzenie Placówki Wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży w Gminie Wiśniowa”, a w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie zobowiązuję się do przekazania Regulaminu uczestnictwa.
- 5) W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie wyrażam zgodę na podanie wszystkich danych, o których mowa w *Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej* i w *Wytycznych z zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych*. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej).
- 6) Mam prawo do dostępu do moich danych osobowych oraz do ich poprawiania. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie sytuacji zawodowej (np. podjęcie zatrudnienia).

ZAŁĄCZNIKI:

- 1) zaświadczenie o korzystaniu z pomocy społecznej wydane przez upoważnioną Instytucję (*jeśli dotyczy*);
- 2) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. W przypadku braku możliwości uzyskania orzeczenia o niepełnosprawności kwalifikowalność tych uczestników powinna być potwierdzona zaświadczeniem lekarskim (*jeśli dotyczy*);
- 3) zaświadczenie o korzystaniu z PO PŻ (*jeśli dotyczy*);
- 4) zaświadczenie z właściwej instytucji lub oświadczenie Uczestnika/Uczestniczki Projektu na potwierdzenie innych kryteriów wskazanych w niniejszym Regulaminie.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Kandydata/Kandydatki)