*Załącznik nr 1   
do Regulaminu Projektu*

Poniższy formularz został stworzony w celu zebrania Państwa danych osobowych dla potrzeb zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020. Państwa dane osobowe będą przetwarzana wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi projektu pn. **„Program profilaktyki społecznej na terenie miasta Opatów i powiatu Opatowskiego”**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**pn. „Program profilaktyki społecznej na terenie miasta Opatów i powiatu Opatowskiego”**

realizowanego 01.06.2020 r. do 31.01.2022 r., z czego w okresie:

* od 01.02.2021 r. do 31.01.2022 realizowane będzie bezpośrednie wsparcie Uczestników/Uczestniczek Projektu.

**Zaleca się wypełnienie formularza wraz z załącznikami długopisem w kolorze niebieskim drukowanymi literami, czytelnie.**

*(proszę wypełnić tylko białe pola)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Data wpływu formularza zgłoszeniowego:*** | |  |
| ***Kolejny numer właściwy dla danej grupy rekrutacyjnej:*** | | **……………..…/…..………….** |
| ***Preferowana Świetlica (prosimy wybrać jedną świetlicę)*** | ***Prowadzona przez PCKTR*** | Tak Nie |
| ***Prowadzona przez OOK*** | Tak Nie |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i Imię (imiona) |  | | | | | | | | | |
| PESEL |  | | | | | | Data urodzenia | |  | |
| Obywatelstwo |  | | | | | | Płeć\* | | ****kobieta ****mężczyzna | |
| Wykształcenie\* | **** niższe niż podstawowe | | | | **** podstawowe | | | | **** gimnazjalne | |
| **** ponadgimnazjalne | | | | **** policealne | | | | **** wyższe | |
| Adres zamieszkania (Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której ta osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu): | | Ulica | |  | | | | | | |
| Nr domu | |  | | | | Nr lokalu |  | |
| Miejscowość | |  | | | | | | |
| Kod pocztowy | |  | | | | Gmina |  | |
| Powiat | |  | | | | Województwo |  | |
| Telefon kontaktowy | | | |  | | | | | | |
| Adres e-mail | | | |  | | | | | | |
| **\*zaznacz właściwe** | | | | | | | | | | |
| **STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU  (prosimy o odniesienie się do każdego punktu)** | | | | | | | | | | |
| Jestem osobą należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia | | | Nie | | | | |  Odmowa podania informacji | | Tak |
| Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą  wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | Nie | | | | | | |  Tak |
| Jestem osobą  z niepełnosprawnościami | | |  Nie | | | | |  Odmowa podania informacji | |  Tak |
| Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) | | |  Nie | | | | |  Odmowa podania informacji | |  Tak |
|  | | | | | | | | | | |
| **OPIS SYTUACJI UCZESTNIKA**  **Proszę zaznaczyć TAK, jeśli dziecko lub jego najbliższą rodzinę dotyka któraś z poniższych sytuacji,  w przeciwnym razie proszę zaznaczyć NIE**  **(prosimy o odniesienie się do każdego punktu)**  *Udzielenie odpowiedzi twierdzącej na poniższe pytanie jest warunkiem udziału w Projekcie* | | | | | | | | | | |
| Osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj. z powodu:  ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub 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,  trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizmu lub narkomanii, zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej lub ekologicznej; | | | | | | Nie | | | Tak | |
| *udzielenie minimum jednej odpowiedzi twierdzącej na poniższe pytania umożliwi uzyskanie dodatkowych punktów w procesie rekrutacji* | | | | | | | | | | |
| Osoby lub rodzina zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego | | | | | | Nie | | | Tak | |
| Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, lub z niepełnosprawnością sprzężoną, z zaburzeniami psychicznymi,  z niepełnosprawnością intelektualną, z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi | | | | | | Nie | | | Tak | |
| Osoba lub rodzina korzystająca z PO PŻ 2014-2020 | | | | | | Nie | | | Tak | |
| Osoba zamieszkująca obszary poddane rewitalizacji wskazane w gminnych programach rewitalizacji | | | | | | Nie | | | Tak | |
| **Pouczenie:**  Zgodnie z zapisami Regulaminu Projektu, potwierdzeniem informacji zamieszczonych w części OPIS SYTUACJI UCZESTNIKA będzie dołączenie do Formularza zgłoszeniowego odpowiednich dokumentów źródłowych: zaświadczenia, opinie, orzeczenia wydane przez właściwą instytucję lub oświadczenia własne, jeśli nie istnieje możliwość pozyskania zaświadczenia z właściwej instytucji. | | | | | | | | | | |

**\*zaznacz właściwe**