

**Załącznik nr 2 do****REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE****"Po pierwsze Rodzina"****nr FEMP.06.23-IP.01-0470/25****FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY****do udziału w projekcie "Po pierwsze Rodzina"**

realizowanym w ramach programu „Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027”, Priorytet 6

Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie 6.23

Włączenie społeczne – projekty Województwa Małopolskiego, współfinansowanego ze środków

Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Projekt jest operacją o znaczeniu strategicznym w rozumieniu art. 2 pkt 5) Rozporządzenia PE i

Rady (UE) 2021/1060 z 24.06.2021 r.

<b>KOD IDENTYFIKACYJNY ZGŁOSZENIA</b>	
<b>DATA WPŁYWU</b>	

**I. DANE OSOBY ZGŁASZANEJ DO OBJĘCIA WSPARCIA PORADNI****(Kandydata/Kandydatki na uczestnika/uczestniczkę projektu)**

NAZWISKO	
IMIĘ	
PŁEĆ	kobieta*/mężczyzna*
*podkreśl właściwe	
DATA URODZENIA	
PESEL	
OBYWATELSTWO	

## II. ADRES ZAMIESZKANIA, DANE KONTAKTOWE:

WOJEWÓDZTWO	MAŁOPOLSKIE
GMINA	
MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA	
NUMER DOMU	
NUMER LOKALU	
KOD POCZTOWY	
TELEFON KONTAKTOWY	
w przypadku zgłaszania uczestnictwa osoby nieletniej należy podać telefon kontaktowy rodzica/opiekuna	
ADRES E-MAIL	

## III. WYKSZTAŁCENIE (podkreśl właściwe\*)

- niższe niż podstawowe*
- podstawowe*
- zawodowe*
- średnie*
- ponadgimnazjalne lub policealne*
- wyższe*

#### IV. POTRZEBY KANDYDATA/KANDYDATKI ZWIĄZANE Z UDZIAŁEM W PROJEKCIE

W przypadku posiadania specjalnych potrzeb należy je oznaczyć **X** w kolumnie „Zgłoszenie potrzeby” i opisać w kolumnie „Potrzeba”(jeśli dotyczy).

Potrzeba	Zgłoszenie potrzeby
Specjalnego dostosowania przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową. Proszę opisać jakiego dostosowania: ..... .....	
Zapewnienia tłumacza języka migowego	
Zapewnienia druku materiałów powiększoną czcionką Proszę wskazać rozmiar czcionki: .....	
Pętla indukcyjna	
Inne specjalne potrzeby. Proszę opisać jakie .....	

#### V. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

<b>osoba bezrobotna*</b> , w tym	*jeśli dotyczy, podkreśl właściwe  - osoba długotrwale bezrobotna* - inna*
<b>osoba bierna zawodowo*</b> , w tym:	*jeśli dotyczy, podkreśl właściwe  - osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu* - osoba ucząca się/odbywająca kształcenie* - inna*
<b>osoba pracująca*</b> , w tym:	*jeśli dotyczy, podkreśl właściwe  - osoba prowadząca działalność na własny rachunek* - osoba pracująca w administracji rządowej* - osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]* - osoba pracująca w organizacji pozarządowej* - osoba pracująca w MMŚP* - osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie*

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą*</li> <li>- osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)*</li> <li>- osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)*</li> <li>- osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)*</li> <li>- osoba pracująca na uczelni*</li> <li>- osoba pracująca w instytucie naukowym*</li> <li>- osoba pracująca w instytucie badawczym*</li> <li>- osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz*</li> <li>- osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym*</li> <li>- osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki*</li> <li>- osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej*</li> <li>- inna*</li> </ul>
--	--

## VI. STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

<b>OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO</b>	podkreśl właściwe: tak/nie
<b>OSOBA OBCEGO POCHODZENIA</b>	podkreśl właściwe: tak/nie
<b>OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ (W TYM SPOŁECZNOŚCI MARGINALIZOWANEJ)</b>	podkreśl właściwe: tak/odmawiam podania informacji/nie
<b>OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ</b>	podkreśl właściwe: tak/nie
<b>OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI</b>	podkreśl właściwe: tak/odmawiam podania informacji/nie

**VII. KRYTERIA PREFERENCYJNE: \* jeśli dotyczy, podkreśl kryterium i dołącz jako załącznik dokument potwierdzający spełnienie tego kryterium**

<b>Kryteria preferencji 1-go stopnia:</b>	<b>Wymagany dokument potwierdzający spełnienie tego kryterium preferencyjnego:</b>
<b>a) znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności*</b>	orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o zaliczeniu do I lub II grupy inwalidztwa
<b>b) niepełnosprawność sprzężona*</b>	orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenie publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim
<b>c) choroby psychiczne*</b>	orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności lub zaświadczenie wydane przez lekarza psychiatrę lub orzeczenie publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenie publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim
<b>d) niepełnosprawność intelektualna*</b>	orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenie publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim
<b>e) całościowe zaburzenie rozwoju*</b> (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)	orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego

<p><b>f) korzystanie z programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa 2021-2027 (FE PŻ)*</b></p>	<p>dokument wystawiony przez ośrodek pomocy społecznej lub przez organizację partnerską wydającą żywność zawierający informację o korzystaniu z programu FE PŻ przez Kandydata/Kandydatkę</p>
<p><b>g) dzieci wychowujące się poza rodziną biologiczną*</b> (dotyczy tylko naboru do poradni dla rodzinnej pieczy zastępczej)</p>	<p>postanowienie sądu rodzinnego o umieszczeniu dziecka w pieczy zastępczej lub decyzja przyznająca świadczenie na pokrycie kosztów utrzymania dziecka w rodzinie zastępczej lub rodzinnym domu dziecka lub zaświadczenie z powiatowego centrum pomocy rodzinie potwierdzające pełnienie funkcji rodziny zastępczej/ rodzinnego domu dziecka dla wskazanego dziecka/dzieci</p>

<b>Kryteria preferencyjne 2-go stopnia:</b>	<b>Wymagany dokument potwierdzający spełnienie tego kryterium preferencyjnego:</b>
<b>a) lekki stopień niepełnosprawności lub rodzaj niepełnosprawności nie ujęty w kryteriach preferencyjnych 1-go stopnia</b>	orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o zaliczeniu do III grupy inwalidztwa lub orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego
<b>b) dziecko ze zdiagnozowanym FAS (Płodowy Zespół Alkoholowy) lub FASD (Spektrum Poalkoholowych Wrodzonych Zaburzeń Rozwojowych)</b>	diagnoza wystawiona przez specjalistyczny ośrodek diagnostyczny FAS/FASD lub Regionalny Punkt Diagnozy i Terapii FAS/FASD;
<b>c) objęcie opieką przez rodzinę zastępczą co najmniej trojga dzieci (z uwzględnieniem dzieci biologicznych rodziny zastępczej)</b>	<p>- dla dzieci skierowanych do objęcia pieczę zastępczą: postanowienie sądu rodzinnego o umieszczeniu dziecka w pieczy zastępczej lub decyzja przyznająca świadczenie na pokrycie kosztów utrzymania dziecka w rodzinie zastępczej lub rodzinnym domu dziecka lub zaświadczenie z powiatowego centrum pomocy rodzinie potwierdzające pełnienie funkcji rodziny zastępczej/ rodzinnego domu dziecka dla wskazanego dziecka/dzieci;</p> <p>- dla dzieci biologicznych rodziny zastępczej: akt urodzenia dziecka lub legitymacja ucznia lub decyzja przyznająca świadczenia na rzecz dziecka</p>

**VIII. \*\* ŚCIEŻKA REKRUTACJI W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA SYTUACJI  
KRYZYSOWEJ**

Informacja o spełnieniu przesłanki do zastosowania tzw. szybkiej ścieżki rekrutacji określonej w par. 8 Regulaminu naboru	
---	--

**DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ – wypełnić w przypadku zgłaszania osoby niepełnoletniej**

<b>NAZWISKO</b>	
<b>IMIĘ</b>	
<b>ADRES ZAMIESZKANIA:</b>	
<b>WOJEWÓDZTWO</b>	
<b>GMINA</b>	
<b>MIEJSCOWOŚĆ</b>	
<b>ULICA</b>	
<b>NUMER DOMU</b>	
<b>NUMER LOKALU</b>	
<b>KOD POCZTOWY</b>	
<b>TELEFON KONTAKTOWY</b>	
<b>ADRES E-MAIL</b>	

**\*\* pkt. VIII wypełnić tylko w przypadku korzystania z przesłanki do zastosowania tzw. szybkiej ścieżki rekrutacji określonej w par. 8 Regulaminu naboru**

**IX. ZAŁĄCZNIKI:**

DOŁĄCZAM NASTĘPUJĄCE ZAŁĄCZNIKI:

1. ....
2. ....
3. ....



i pozostają aktualne na dzień podpisania niniejszego Formularza oraz jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą

- Zobowiązuje się do naprawienia wszelkich szkód wywołanych złożeniem niezgodnego ze stanem faktycznym oświadczenia, w szczególności do zapłaty na rzecz podmiotu świadczącego usługi kwoty odpowiadającej kwocie kosztów związanych z udziałem Uczestnika w projekcie wraz z odsetkami
- Oświadczam, że dysponuję prawem do decydowania w sprawach dziecka zgłaszanego do udziału w projekcie „Po pierwsze Rodzina”\*\*\*
- Oświadczam, że nie dysponuję prawem do decydowania w sprawach dziecka zgłaszanego do udziału w projekcie „Po pierwsze Rodzina” i w związku z powyższym dołączam zgodę osoby uprawnionej na zgłoszenie dziecka do udziału w projekcie „Po pierwsze Rodzina”\*\*\*

\*\*\* skreślić jeśli nie dotyczy

<b>DATA</b>	
<b>CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/KANDYDATKI  LUB W PRZYPADKU OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ OSOBY/OSÓB DZIAŁAJĄCYCH W JEJ IMIENIU</b>	