**Załącznik nr 1**

do Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie RPO WZ
 pn. „NASZE WSPARCIE TWÓJ SUKCES” realizowanym przez

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU "NASZE WSPARCIE TWÓJ SUKCES"**

|  |
| --- |
| 1. **DANE PERSONALNE**
 |
| **IMIĘ/IMIONA** |  |
| **NAZWISKO** |  |
| **DATA I****MIEJSCE URODZENIA** |  |
| **WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** |  |
| **PESEL** |  | **PŁEĆ:** |
| K  | M |
| **ADRES ZAMIESZKANIA****ULICA/NUMER DOMU/LOKALU****KOD POCZTOWY** |  |
| **GMINA** |  |
| **POWIAT** |  |
| **WOJEWÓDZTWO** |  |
| **OBSZAR** (proszę zaznaczyć właściwe) |   □ MIEJSKI □ WIEJSKI |
| **TELEFON KONTAKTOWY**  |  |
| **ADRES E-MAIL** (jeśli posiada) |  |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI**(proszę podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania) | ULICA: ULICA: ULICA:  |
| NUMER DOMU: |
| NUMER LOKALU: |
| MIEJSCOWOŚĆ: |
| KOD POCZTOWY: |
| GMINA: |
| POWIAT: GOLENIOWSKI |
| WOJEWÓDZTWO: ZACHODNIOPOMORSKIE |

|  |
| --- |
| 1. **STATUS SPOŁECZNY, ZAWODOWY, ZATRUDNIENIE,WYKSZTAŁCENIE, DANE WRAŻLIWE, RODZAJ WSPARCIA**
 |
| **STATUS SPOŁECZNY KANDYDATA** (proszę zaznaczyć właściwe) | Osoba korzystająca ze wsparcia ośrodka pomocy społecznej |  |
| Osoba objęta pieczą zastępczą |  |
| Osoba opuszczająca pieczę zastępczą |  |
| Osoba niepełnosprawna o lekkim stopniu niepełnosprawności |  |
| Osoba niepełnosprawna o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności  |  |
| Osoba niepełnosprawna o znacznym stopniu niepełnosprawności |  |
| Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną - ruchową/intelektualną |  |
| Osoba zamieszkująca na terenach wiejskich  |  |
| **STATUS ZAWODOWY KANDYDATA**(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź) | Osoba poszukująca pracy | □ TAK □ NIE  |
| Osoba pracującawykonywany zawód:miejsce zatrudnienia: | □ TAK □ NIE  |
| Osoba bierna zawodowo | □ TAK □ NIE  |
|  **WYKSZTAŁCENIE KANDYDATA** (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)  | brak (brak formalnego wykształcenia)  |  |
| podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)  |  |
| gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)  |  |
| zasadnicze zawodowe |  |
| średnie |  |
| policealne |  |
| wyższe(zawodowe – licencjat, magisterskie)  |  |
| **DANE WRAŻLIWE**(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź) | osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  | □ TAK □ NIE  |
| osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  | □ TAK □ NIE  |
| osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | □ TAK □ NIE  |
| **PROSZĘ WYBRAĆ RODZAJ WSPARCIA, O KTÓRE UBIEGA SIĘ KANDYDAT** | poradnictwo psychologiczne, pedagogiczne, prawne |  |
| szkoła dla rodziców |  |
|  turnusy terapeutyczne |  |
| treningi kompetencji i umiejętności społecznych |  |
| usługi rehabilitacyjne dla osób niepełnosprawnych |  |
| kursy i szkolenia o charakterze edukacyjnym |  |

|  |
| --- |
| 1. **KRYTERIA KWALIFIKOWALNOŚCI**
 |
| Zamieszkanie na terenie wiejskim | □ TAK □ NIE |
| Wielokrotne wykluczenie¹ | □ TAK □ NIE |
| Rodzina wielodzietna | □ TAK □ NIE |
| Niepełnosprawność sprzężona | □ TAK □ NIE |

|  |  |
| --- | --- |
| …..………………………………………  |  ……………………………………………  |
| *miejscowość i data*  | *czytelny podpis składającego formularz* |
|  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¹ wykluczenie - osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym**:

1. osoby lub rodziny korzystające 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;
2. osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
3. osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności
w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w stawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny
 i systemie pieczy zastępczej;
4. osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie
z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U.2016.1654 t.j
5. osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2016 r. poz. 1943 z późn. zm. t.j.).
6. osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobieti mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020;
7. rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;
8. osoby, dla których ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia
 i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.);
9. osoby niesamodzielne;
10. osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania
 postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
11. osoby odbywające kary pozbawienia wolności;
12. osoby korzystające z PO PŻ.

**OŚWIADCZENIA:**

**Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą :**

1. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są prawdziwe.
2. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki.
3. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany
jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Deklaruję czynny udział w projekcie, poprzez uczestnictwo w formach wsparcia.

 ………...……………….……………………

 data i czytelny podpis osoby składającej

 oświadczenia

**DECYZJA KOMISJI KWALIFIKACYJNEJ**
(wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie)

|  |
| --- |
| **KRYTERIUM FORMALNE:** |
| Prawidłowo wypełniony wniosek wraz z załącznikami | □ TAK □ NIE |
| Prawidłowo wypełniona deklaracja uczestnictwa |  □ TAK □ NIE |
| Korzystanie z pomocy społecznej zgodnie z ustawą spełniające kryteria definicji uczestnika projektu |  □ TAK □ NIE |

Komisja Kwalifikacyjna na posiedzeniu w dniu ............................................................ ……….

Zakwalifikowała .......................................................................................................................................................

(imię i nazwisko)

do udziału w projekcie "NASZE WSPARCIE TWÓJ SUKCES".

Nie zakwalifikowała .......................................................................................................................................................

 (imię i nazwisko)

 z powodu….................................................................................................................................

..................................................................................................................................................... .

Przewodniczący Zespołu ……………………………………..

Członek …………………………………….

Członek ……………………………………..

Goleniów, dnia…………………………

DECYZJA DYREKTORA PCPR

……………………………….

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |