



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

FORMULARZ REKRUTACYJNY

dla osób kandydujących do udziału w projekcie Miasta Katowice pn.:

„TworzyMy rodziny- wsparcie, rozwój i promocja rodzinnej pieczy zastępczej w Katowicach.”

Finansowanie: Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027
(Europejski Fundusz Społeczny +)

Priorytet: FESL.07.00-Fundusze Europejskie dla społeczeństwa

Działanie: FESL.07.07- Wsparcie rodziny, dzieci i młodzieży oraz deinstytucjonalizacja pieczy zastępczej

Imię											
Nazwisko											
PESEL											
Data urodzenia											
Obywatelstwo											

DANE TELEADRESOWE

Ulica:			
Nr domu:		Nr lokalu:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Numer telefonu:			
Adres e-mail:			

GRUPA DOCELOWA

Dziecko umieszczone w pieczy zastępczej/pełnoletni wychowanek pozostający w rodzinie zastępczej	Tak	Nie
Osoba pełniąca funkcję/kandydat do pełnienia funkcji rodziny zastępczej, rodzinnego domu dziecka lub prowadzący placówki opiekuńczo-wychowawcze typu rodzinnego	Tak	Nie
Dziecko biologiczne rodziców zastępczych	Tak	Nie
Rodzic biologiczny, którego dziecko pozostaje w pieczy zastępczej lub jest zagrożone umieszczeniem w niej	Tak	Nie

Inne niezbędne informacje (zaznacz właściwe)			
Jestem osobą posiadającą orzeczoną niepełnosprawność	Tak	Nie	Odmowa podania informacji
Jestem osobą przynależącą do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	Tak	Nie	Odmowa podania informacji
Jestem osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak	Nie	Odmowa podania informacji
Jestem osobą pochodzącą z krajów trzecich	Tak	Nie	Odmowa podania informacji
Jestem osobą obcego pochodzenia	Tak	Nie	Odmowa podania informacji

Kryteria premiujące udział (zaznacz właściwe)		
Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	Tak	Nie
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną	Tak	Nie
Osoby z chorobami psychicznymi	Tak	Nie
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną	Tak	Nie
Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)	Tak	Nie
Osoba korzystająca z programu FE PŻ (Fundusz Europejski Pomocy Żywnościowej)	Tak	Nie

Załączam do formularza:

1. Dokument wystawiony przez organizatora pieczy zastępczej/dokument wystawiony przez odpowiedniego specjalistę potwierdzający zasadność udzielenia wsparcia.*

2.

3.

4.

5.

*niepotrzebne skreślić

Oświadczenia:

- ✓ Oświadczam, że zapoznałem/łam się z regulaminem rekrutacji do projektu, akceptuję jego zapisy i deklaruję swój aktywny udział w projekcie w przypadku zakwalifikowania.
- ✓ Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie w Formularzu dane są zgodne z prawdą i równocześnie zobowiązuje się poinformować biuro projektu w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.
- ✓ Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Formularzami klauzul informacyjnych IZ FE SL i MOPS - informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych w projekcie.
- ✓ Oświadczam, że nie jestem osobą uczestniczącą w innym projekcie o tożsamym charakterze, w szczególności realizowanym w ramach Funduszy Europejskich dla Śląskiego 2021-2027 (EFS+), Priorytet: FESL.07.00-Fundusze Europejskie dla społeczeństwa
Działanie: FESL.07.07- Wsparcie rodziny, dzieci i młodzieży oraz deinstytucjonalizacja pieczy zastępczej.

Data (dd/mm/rrrr)	
Podpis osoby zgłaszającej się	
Podpis osoby sprawującej opiekę nad osobą zgłaszaną*	

* w przypadku opiekuna prawnego