

Załącznik nr 1a do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w zakresie Asysty rodzinnej

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Sami-dzielni”

Formularz Zgłoszeniowy Kandydata/Kandydatki na Uczestnika/Uczestniczkę Projektu może być wypełniony elektronicznie (czcionka wielkości minimum 10) lub odręcznie (czytelnie) w języku polskim i czytelnie podpisany imieniem i nazwiskiem w wyznaczonych miejscach. W przypadku osób niepełnoletnich wymagany jest podpis opiekuna prawnego. Warunkiem rozpatrzenia formularza jest **wypełnienie wszystkich wymaganych pól**. Należy zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru (np. *tak, nie*). **Każde pole powinno być wypełnione** (zaznaczone *tak* lub *nie*).

Złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.

Część I A – dane Kandydata/Kandydatki do udziału w Projekcie				
Dane osobowe	Imię (imiona)			
	Nazwisko			
	PESEL			
	Data urodzenia			
Adres zamieszkania	Miasto	Warszawa	Dzielnica	
	Kod pocztowy		-	
	Nr domu		Nr lok.	
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy			
	Adres e-mail			
	Adres do korespondencji <i>(jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)</i>			
Pieczęć zastępcza	Nazwa i numer szkoły oraz klasa, do której uczęszcza uczeń/ uczennica (w przypadku osób niepełnoletnich)			
Wykształcenie (należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)	Brak <i>Brak formalnego wykształcenia</i>			
	Podstawowe <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i>			
	Ponadpodstawowe <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)</i>			
	Policealne <i>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i>			
	Wyższe <i>Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym (licencjat, magisterium lub równorzędne)</i>			

Część IB – dane Rodzica/Opiekuna prawnego Kandydata/Kandydatki do udziału w Projekcie (w przypadku osób niepełnoletnich)				
Dane osobowe	Imię (imiona)			
	Nazwisko			
	PESEL			
	Data urodzenia			
Adres zamieszkania	Miasto	Warszawa	Dzielnica	
	Kod pocztowy		-	
	Nr domu		Nr lok.	

Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy	
	Adres e-mail	
	Adres do korespondencji <i>(jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)</i>	
Część II Pani/Pana oczekiwania dotyczące uczestnictwa w Projekcie		
Które z działań wpłynęłyby na wyrównywanie deficytów opiekuńczo-wychowawczych Pani/Pana rodziny <i>(można zakreślić więcej niż jedno)</i>	Wsparcie asystenta rodziny	
	Warsztaty opiekuńczo-wychowawcze	
	Zapewnienie opieki dla dziecka do 3 r.ż. podczas udziału w warsztatach	
	Udział w grupie wsparcia	
	Indywidualne zajęcia dla dzieci (np. terapeutyczno-wspierające, logopedyczne, reedukacyjne)	
	Inne, jakie?	
Dlaczego chce Pani/Pan dołączyć do Projektu? <i>(można zakreślić więcej niż jedną odpowiedź)</i>	Chcę uzyskać wsparcie dla swojej rodziny.	
	Chcę nauczyć się lepiej dbać o dzieci/rodzinę.	
	Chcę, aby moje dzieci miały właściwie zagospodarowany czas wolny.	
	Chcę zapewnić swoim dzieciom pomoc w rozwoju i nauce.	
	Nie chcę, aby moje dzieci trafiły do pieczy zastępczej.	
	Chcę nawiązać kontakty z innymi rodzinami przeżywającymi podobne problemy opiekuńczo-wychowawcze.	
	Proszę krótko opisać, dlaczego mamy wybrać Pana/Panią	

Część III Oświadczenia Kandydata/Kandydatki do Projektu			
		TAK	NIE
Oświadczam, że: <i>(należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)</i>	Jestem osobą nieaktywną zawodowo dłużej niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25. r.ż, niezarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy		
	Jestem osobą nieaktywną zawodowo krócej niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25. r.ż, niezarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy		
	Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji UP dłużej niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25. r.ż		
	Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji UP krócej niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25. r.ż		
	Jestem osobą bierną zawodową (studentką/studentem, osobą na urlopie wychowawczym)		
	Jestem osobą uczącą się		
	Przerwałem/Przerwałam naukę		
	Jestem osobą pracującą		
Korzystam ze wsparcia oferowanego przez stacjonarne instytucje i organizacje, m.in.: Ośrodek Pomocy Społecznej, Placówka opiekuńczo-wychowawcza, Placówka wsparcia			

	dziennego, Ognisko wychowawcze, itp.		
--	--------------------------------------	--	--

DANE DODATKOWE	TAK	NIE	ODMOWA PODANIA DANYCH
Jestem członkiem mniejszości narodowej/etnicznej/ migrantem/osobą obcego pochodzenia			
Jestem osobą z niepełnosprawnością			
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań.			
Jestem osobą żyjącą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej).			

JA NIŻEJ PODPISANY/A _____,

OŚWIADCZAM, że :

- Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 § 1 oraz art. 297 Kodeksu karnego i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.
- Dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym, **w tym wszystkie oświadczenia** są zgodne z prawdą.
- Zapoznałem/am się z postanowieniami Regulaminu uczestnictwa w projekcie „Sami-dzielni”, akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa określone w nim i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie zobowiązuję się do jego bezwzględnego przestrzegania.
- Deklaruję swój udział w projekcie „Sami-dzielni”, w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.
- Deklaruję uczestnictwo w określonych dla mnie formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora Projektu.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procesu rekrutacji zawartych w Formularzu Zgłoszeniowym do Projektu „Sami-dzielni”, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 04.05.2016, str. 1) i oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną stanowiącą załącznik do Formularza Zgłoszeniowego.
- Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „Sami-dzielni” ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020.
- Zostałem/am poinformowany/a na etapie składania dokumentów rekrutacyjnych do powyższego projektu o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji społecznej).

Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

W przypadku składania oświadczenia przez osobę niepełnoletnią powinno ono być podpisane również przez rodzica/opiekuna prawnego.

Warszawa dnia

D D - M M - R R R R



MIASTO
STOŁECZNE
WARSZAWA



FUNDACJA
ATALAYA