

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.

KOD IDENTYFIKACYJNY ZGŁOSZENIA	
DATA WPŁYWU	

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

osoba bezrobotna* , w tym	*jeśli dotyczy, podkreśl właściwe - osoba długotrwale bezrobotna* - inna*
osoba bierna zawodowo* , w tym:	*jeśli dotyczy, podkreśl właściwe - osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu* - osoba ucząca się/odbywająca kształcenie* - inna*
osoba pracująca* , 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*

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

VI. STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

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

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

Kryteria preferencji 1-go stopnia:	Wymagany dokument potwierdzający spełnienie tego kryterium preferencyjnego:
a) znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności*	orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o zaliczeniu do I lub II grupy inwalidztwa
b) niepełnosprawność sprzężona*	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
c) choroby psychiczne*	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
d) niepełnosprawność intelektualna*	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
e) całościowe zaburzenie rozwoju* (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

f) korzystanie z programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa 2021-2027 (FE PŻ)*	dokument wystawiony przez ośrodek pomocy społecznej lub przez organizację partnerską wydającą żywność zawierający informację o korzystaniu z programu FE PŻ przez Kandydata/Kandydatkę
--	--

Kryteria preferencyjne 2-go stopnia:	Wymagany dokument potwierdzający spełnienie tego kryterium preferencyjnego:
a) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego	zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub inny dokument potwierdzający korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej lub dokument potwierdzający objęcia rodziny nadzorem kuratora rodzinnego (np. postanowienie Sądu Rodzinnego) albo postanowienia lub zarządzenia Sądu Rodzinnego o skierowaniu asystenta rodziny do wsparcia rodziny
b) kandydat/ka jest samotnym rodzicem	prawomocne orzeczenie sądu o rozwodzie/separacji, powierzeniu opieki, pozbawieniu praw rodzicielskich lub zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej potwierdzające samotne wychowywanie dziecka lub odpis skrócony aktu urodzenia dziecka, w którym wpisany jest tylko jeden rodzic lub decyzja o przyznaniu świadczenia z tytułu samotnego wychowania dziecka lub akt zgony jednego z rodziców
c) kandydat/ka zamieszkuje na terenach wiejskich na których występuje ograniczona dostępność usług psychologicznych, terapeutycznych lub poradnictwa rodzinnego	zaświadczenie z Urzędu Gminy lub zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej
d) kandydat/ka wychowuje dziecko z trudnościami emocjonalnymi, zaburzeniami zachowania lub problemami adaptacyjnymi	opinia lub orzeczenie publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej lub zaświadczenie psychologa/psychiatry dziecięcego

e) kandydat/ka doświadcza problemów związanych z kryzysem zdrowia psychicznego (np. depresją, zaburzenia lękowe, uzależnienie od technologii lub mediów społecznościowych), potwierdzonych przez specjalistę lub instytucję wsparcia	Zaświadczenie od lekarza psychiatry, psychologa, terapeuty lub instytucji pomocy psychicznej (np. poradni zdrowia psychicznego, centrum wsparcia).

**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

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

**** 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.

4.
5.
6.
7.

W ramach tego naboru złożone zostały Formularze zgłoszeniowe członków rodziny/rodziny zastępczej wspólnie zamieszkującej:

Imię i nazwisko	Kod identyfikacyjny

OŚWIADCZENIA

- Ja, niżej podpisany/a deklaruję gotowość swoją / osoby zgłaszanej*** do uczestnictwa w projekcie „Po pierwsze Rodzina”
- Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa 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 i akceptuję jego warunki
- Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie, dane przedstawione przeze mnie w Formularzu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu 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

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