

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

do projektu konkursowego Nr FEWM.09.09-IZ.00-0016/23

pn.: „**WSPARCIE SYSTEMU PIECZY ZASTĘPCZEJ W POWIECIE OLECKIM**”

realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku

w ramach programu Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur na lata 2021-2027, Priorytet 9:

Włączenie i integracja EFS+, Działanie 9.9: System pieczy zastępczej, Cel szczegółowy I:

Wspieranie integracji społecznej osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym,
w tym osób najbardziej potrzebujących i dzieci.**I. Wypełnia kandydat / opiekun prawny (faktyczny) kandydata**

I. DANE OSOBOWE KANDYDATA/KI NA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKĘ PROJEKTU		
1. Imię/Imiona:		
2. Nazwisko:		
3. Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
4. Data i miejsce urodzenia:		
5. Obywatelstwo:		
6. PESEL:		
7. Inny dokument potwierdzający tożsamość (tylko w przypadku braku nr PESEL):	Rodzaj dokumentu:	
	Numer dokumentu:	
	Data ważności dokumentu:	
8. Wykształcenie: (NAJWYŻSZY posiadany poziom wykształcenia):	<input type="checkbox"/> Poniżej podstawowego (ISCED 0) kształcenie ukończone na poziomie poniżej szkoły podstawowej	
	<input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej	
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2) kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej	
	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej	
	<input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż wykształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym	
<input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8) kształcenie ukończone na poziomie wyższym licencjackim, magisterskim lub wyżej		
9. Adres zamieszkania/pobytu:		
województwo:	powiat:	gmina:
<input type="checkbox"/> warmińsko-mazurskie	<input type="checkbox"/> olecki	<input type="checkbox"/> Olecko
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kowale Oleckie
		<input type="checkbox"/> Świętajno
		<input type="checkbox"/> Wieliczki
		<input type="checkbox"/>
ulica:	nr domu:	nr lokalu:
kod pocztowy:	miejscowość:	
miejsce zamieszkania:	<input type="checkbox"/> obszar wiejski	<input type="checkbox"/> obszar miejski
10. Nr telefonu:		11. E-mail:

**II. STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

1. Osoba obcego pochodzenia: <i>(to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski).</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
2. Osoba pochodząca z państw trzecich: <i>(Osoba, która jest obywatelem krajów spoza UE; bezpieczeństwa zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r. oraz osoba bez ustalonego obywatelstwa).</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
3. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant: <i>(Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Migranci-cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Pod uwagę bierze się również migrantów powrotnych, tj. osoby, które powróciły do Polski z pobytu zagranicą, bądź pracowały/uczyły się/przebywały za granicą powyżej 3 miesięcy oraz posiadają obywatelstwo polskie oraz imigrantów, tj. osoby, które przybyły do Polski w celu osiedlenia się i podjęcia aktywności ekonomicznej).</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
4. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: <i>(Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach) 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane) 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą) 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). Osoby dorosłe mieszkające z rodzicami nie powinny być wykazywane we wskaźniku, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach).</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
5. Osoba z niepełnosprawnościami: <i>(Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 44), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. 2022 poz. 2123, z późn. zm.), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia).</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
6. Stopień niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> znaczny
7. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez:	<input type="checkbox"/> Powiatowy Zespół ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności		<input type="checkbox"/> Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS
	Inne		
	Przyznane na okres:		



8. Jestem osobą, która doświadczyła wielokrotnego wykluczenia społecznego	<input type="checkbox"/> TAK, z powodu: <input type="checkbox"/> ubóstwa; <input type="checkbox"/> sieroctwa; <input type="checkbox"/> bezdomności; <input type="checkbox"/> bezrobocia; <input type="checkbox"/> niepełnosprawności; <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby; <input type="checkbox"/> przemocy domowej; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego; <input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w RP status uchodźcy (...); <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii; <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej.	<input type="checkbox"/> NIE
9. Korzystam z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
III. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU Upředzony/a o odpowiedzialności cywilnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że poniższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym:		
1. Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji osób bezrobotnych:	<input type="checkbox"/> TAK, jako poszukujący pracy <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK, jako bezrobotny: <input type="checkbox"/> do 12 m-cy <input type="checkbox"/> powyżej 12 m-cy	
2. Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji osób bezrobotnych:	<input type="checkbox"/> TAK (od kiedy)	<input type="checkbox"/> NIE
3. Oświadczam, że jestem osobą bierną zawodowo: (osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie jest osobą pracującą ani bezrobotną))	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4. Oświadczenie, że jestem osobą pracującą:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Miejsce pracy: Stanowisko:.....	



5. Jestem/dziecko jest osobą uczącą się:	<input type="checkbox"/> TAK: <input type="checkbox"/> w systemie dziennym <input type="checkbox"/> zaocznym <input type="checkbox"/> wieczorowym <input type="checkbox"/> innym; jakim?	<input type="checkbox"/> NIE
Nazwa i adres szkoły:		
Dziecko uczęszcza do przedszkola	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nazwa i adres przedszkola:		
IV. OKREŚLENIE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ:		
1. Pełnię funkcję rodziny zastępczej:	<input type="checkbox"/> TAK, w tym: <input type="checkbox"/> zawodowej <input type="checkbox"/> niezawodowej <input type="checkbox"/> spokrewnionej <input type="checkbox"/> prowadzę Rodzinny Dom Dziecka	<input type="checkbox"/> NIE
2. Jestem wychowanką / wychowankiem rodzinnej pieczy zastępczej:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. Jestem wychowanką / wychowankiem instytucjonalnej pieczy zastępczej:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4. Jestem osobą opuszczającą rodzinę zastępczą, placówkę opiekuńczo – wychowawczą lub placówkę, o której mowa w art. 141 ust.2 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5. Realizuję Indywidualny Program Usamodzielnienia:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
6. Jestem kandydatką / kandydatem do pełnienia funkcji rodziny zastępczej:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
7. Stanowię kadrę jednostek organizacyjnych systemu pieczy zastępczej:	<input type="checkbox"/> TAK, w tym:	<input type="checkbox"/> NIE
Stanowisko	<input type="checkbox"/> PCPR w Olecku	<input type="checkbox"/> CAO w Olecku
V. ANKIETA POTRZEB I USPRAWNIENÍ DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI		
1. Czy widzi Pan/Pani problemy/bariery wynikające z niepełnosprawności w związku ze swoim udziałem w projekcie? Jeśli tak, to jakie?		
2. Czy ma Pan/Pani potrzeby wynikające z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział w zajęciach oferowanych w ramach niniejszego projektu? Jeśli tak, to jakie?		



VI. OŚWIADCZENIA OGÓLNE

Zostałem/łam pouczony/a o odpowiedzialności kamej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 §.1 Kodeksu karnego oświadczam, że poniższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym:

1. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Nr FEWM.09.09-IZ.00-0016/23 pn.: „Wsparcie systemu pieczy zastępczej w powiecie oleckim”, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania PCPR w Olecku o zmianach danych zawartych w w/w Formularzu zgłoszeniowym (m. in. dane uczestnika, dane kontaktowe).
3. Oświadczam, że zostałem/-łam poinformowany/-na, że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
4. Zostałem/-am poinformowany/-a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
5. Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby procesu rekrutacji.
7. Wyrażam zgodę na badanie ewaluacyjne, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników.
8. Oświadczam, że obecnie nie biorę udziału w innym projekcie z zakresu aktywizacji społecznej, zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+.
9. Zobowiązuję się do przekazania informacji dotyczących swojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie (do 4 tygodni od zakończenia udziału).

.....
Data i czytelny podpis kandydata/kandydatki do projektu

.....
Data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego/faktycznego
w przypadku osoby niepełnoletniej

Załączniki do formularza zgłoszeniowego (zaznaczyć dokumenty, które są załączone do formularza):

- kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności;
- kopia decyzji przyznającej wsparcie z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową;
- zaświadczenie potwierdzające miejsce zamieszkania (np. z ewidencji ludności);
- zaświadczenie Dyrektora Domu Dziecka potwierdzające przebywanie dziecka w w/w placówce;
- zaświadczenie ze szkoły lub placówki oświatowej o kontynuowaniu nauki;
- zaświadczenie PCPR potwierdzające objęcie wsparciem w ramach systemu pieczy zastępczej;
- zaświadczenie z zakładu pracy;
- inny dokument wystawiony przez właściwy podmiot, albo oświadczenie uczestnika projektu lub podmiotu otrzymującego wsparcie, jeżeli kryterium kwalifikowalności nie może zostać potwierdzone dokumentem wystawionym przez właściwy podmiot - *jeśli dotyczy np. rachunek za prąd lub gaz potwierdzające miejsce zamieszkania uczestniczki/ka.*

**KARTA KWALIFIKACYJNA**

Imię i nazwisko

Wypełniają członkowie Komisji Rekrutacyjnej

<input type="checkbox"/>	Osoba z listy podstawowej	Data wpływu karty kwalifikacyjnej
<input type="checkbox"/>	Osoba z listy rezerwowej	
Liczba uzyskanych punktów <input type="text"/>		Numer ewidencyjny dziennika Korespondencji PCPR w Olecku
I. KRYTERIA REKRUTACJI – OBOWIĄZKOWE		
1. Osoba przebywająca w pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
2. Osoba usamodzielniana	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
3. Rodzic zastępczy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
4. Kandydat na rodzica zastępczego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
5. Pracownik systemu pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Teren zamieszkania – powiat olecki	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Miejsce pracy lub nauki – powiat olecki	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
II. PREFERENCJE PUNKTOWE		Uzyskana ilość pkt
1.	Osoba z niepełnosprawnością (dostarczona kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności) – 10 pkt	
2.	Osoba, która doświadczyła wielokrotnego wykluczenia społecznego (kandydat złożył oświadczenie w pkt II.8) – 5 pkt	
3.	Osoba korzystająca z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową – 5 pkt.	
4.	Osoba przebywająca w pieczy zastępczej (instytucjonalnej lub rodzinnej) – 5 pkt	
5.	Członek rodziny zastępczej – 5 pkt	
6.	Kandydat/ka do pełnienia funkcji rodziny zastępczej – 5 pkt	
7.	Osoba objęta indywidualnym programem usamodzielnienia – 5 pkt	
8.	Pracownik kadry jednostek organizacyjnych systemu pieczy zastępczej – 5 pkt	
Razem:		
Decyzja komisji rekrutacyjnej: Osoba została zakwalifikowana do udziału w projekcie FEWM.09.09-IZ.00-0016/23 pn.: „Wsparcie systemu pieczy zastępczej w powiecie oleckim”		
TAK <input type="checkbox"/>		ZATWIERDZAM:
NIE <input type="checkbox"/>		
Komisja w składzie:		
1. Joanna Kosakowska - Kierownik Zespołu Rodzinnej Pieczy Zastępczej		
2. Halina Bogdańska – Koordynator projektu		
3. Wioletta Zaniewska – Specjalistka ds. monitoringu		