



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*

	- 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
g) dzieci wychowujące się poza rodziną biologiczną* (dotyczy tylko naboru do poradni dla rodzinnej pieczy zastępczej)	postanowienie sądu rodzinnego o umieszczeniu dziecka w pieczy zastępczej lub decyzja przyznająca świadczenie na pokrycie kosztów utrzymania dziecka w rodzinie zastępczej lub rodzinnym domu dziecka lub zaświadczenie z powiatowego centrum pomocy rodzinie potwierdzające pełnienie funkcji rodziny zastępczej/ rodzinnego domu dziecka dla wskazanego dziecka/dzieci

Kryteria preferencyjne 2-go stopnia:	Wymagany dokument potwierdzający spełnienie tego kryterium preferencyjnego:
a) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego* (dotyczy naboru do poradni rodzinnych)	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) Rodzice zastępczy zagrożeni rezygnacją z pełnienia roli rodzica zastępczego	zaświadczenie organizatora rodzinnej pieczy zastępczej o pilnej potrzebie opieki specjalistycznej w związku z kryzysem w rodzinie
c) Rodziny sprawujące opiekę nad więcej niż trójką dzieci z uwzględnieniem dzieci biologicznych rodziny zastępczej.	- dla dzieci skierowanych do objęcia pieczą zastępczą: postanowienie sądu o umieszczeniu dziecka w rodzinnej pieczy zastępczej lub zaświadczenie organizatora rodzinnej pieczy zastępczej lub decyzja przyznająca świadczenie na pokrycie kosztów utrzymania dziecka w rodzinie zastępczej, - dla dzieci biologicznych rodziny zastępczej: akt urodzenia dziecka lub legitymacja ucznia lub decyzja przyznająca świadczenia na rzecz dziecka.

**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	