Załącznik nr 1 do Regulaminu

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**
**do udziału w Projekcie „Psychoedukacja, Rozwój, Wsparcie - Silny Ty”
realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Buczkowicach**

**Poniższy formularz ma na celu zebranie informacji umożliwiających proces kwalifikacji kandydatów do w/w Projektu**

**1.Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny, bez skreśleń**

**2. Przed wypełnieniem prosimy zapoznać się z Regulaminem Projektu „Psychoedukacja, Rozwój, Wsparcie- Silny Ty”**

**3. Wszystkie pola należy wypełnić, jeżeli dane pole nie dotyczy Kandydata należy wpisać „nie dotyczy”.**

**4. formularz dla niepełnoletniego kandydata wypełnia Rodzic/opiekun.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Kategoria danych** | **dane** |
| **Dane kandydata** | Imię ( Imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Płeć  | * **kobieta**
 |
| * **mężczyzna**
 |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Pesel  |  |
| **Dane adresowe\*** | Ulica  |  |
| Nr domu/lokalu |  |
| Miejscowość  |  |
| Gmina  | **Buczowice** |
| Kod pocztowy |  |
| Województwo  | **śląskie** |
| Powiat  | **bielski** |
| Tel. stacjonarny |  |
| Tel. komórkowy |  |
| e-mail |  |
| **Kandydat****Kandydat** | Jestem osobą niepełnoletnią | * **TAK**
 |
| * **NIE**
 |
| Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym | * **TAK** ( proszę załączyć kserokopię)
 | **pkt** |
|  |
| * **NIE**
 |  |
| Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczenim społecznym | * **TAK**
 |  |
| * **NIE**
 |  |
| Jestem osobą korzystającą ze wsparcia z PO PŻ (pomoc żywnościowa) | * **TAK**
 |  |
| * **NIE**
 |  |
| Moja rodzina ma trudności opiekuńczo – wychowawcze, wymaga wsparcia w tym zakresie | * **TAK**
 |  |
| * **NIE**
 |  |
| Korzystam z pomocy Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej | * **TAK**
 |  |
| * **NIE**
 |  |
| Wykazuję dysfunkcje rozwojowe | * **TAK**
 |  |
| * **NIE**
 |  |
| * **Nie dotyczy**
 |  |
| Sprawiam trudności wychowawcze | * **TAK**
 |  |
| * **NIE**
 |  |
| * **Nie dotyczy**
 |  |
| Wykazuję zaburzenia emocjonalne | * **TAK**
 |  |
| * **NIE**
 |  |
| * **Nie dotyczy**
 |  |
| Wykazuję zaburzenia integracji sensorycznej | * **TAK**
 |  |
| * **NIE**
 |  |
| * **Nie dotyczy**
 |  |
| Mam problemy w nauce/wady wymowy | * **TAK**
 |  |
| * **NIE**
 |  |
| * **Nie dotyczy**
 |  |
| Korzystałam/em wcześniej z pomocy psychologicznej | * **TAK**
 |  |
| * **NIE**
 |  |
| **Kandydat** | Jestem w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | * **TAK**
 |  |
| * **NIE**
 |  |
| **Dane kontaktowe Rodzica/opiekuna Kandydata\*** | Imię ( Imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Ulica  |  |
| Nr domu/lokalu |  |
| Miejscowość  |  |
| Gmina  |  |
| Tel. stacjonarny |  |
| Tel. komórkowy |  |
| e-mail |  |

* Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie: „ Psychoedukacja, Rozwój, Wsparcie – Silny Ty” oraz zostałem poinformowany że w/w Projekt współfinansowany jest przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
* Uprzedzony/na i świadomy/ma odpowiedzialności karnej z art. 23 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia i zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że przedstawione w formularzy dane są zgodne ze stanem rzeczywistym
* Deklaruję gotowość i wolę uczestnictwa w zaplanowanych w Projekcie formach wsparcia
* Wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zbieranych w czasie rekrutacji i udziału do centralnego systemu teleinformatycznego
* Wyrażam/ nie wyrażam zgody na publikację mojego wizerunku do celów związanych z realizacją Projektu.

…………………………………………………………………………………………………………………………………
( miejscowość, data i podpis Kandydata)

 …………………………………………………………………………………………………………………………………
( miejscowość, data i podpis Rodzica/ opiekuna Kandydata)

\* w przypadku, gdy adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania, w formularzu należy wpisać adres zameldowania i złożyć oświadczenie o miejscu zamieszkania.

W ocenie Komisji Rekrutacyjnej Kandydat / Kandydatka
na podstawie złożonego formularza i uzyskanych ……… punktów \*
kwalifikuje się / nie kwalifikuje się do udziału w Projekcie „ Psychoedukacja, Rozwój , Wsparcie -Silny Ty”.

………………………………….

(podpis Kierownika Projektu)

\* zgodnie z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie minimalna liczba punktów kwalifikujących do udziału w Projekcie nie może być mniejsza niż 3.