



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz środków budżetu Miasta Łodzi

KARTA ZGŁOSZENIA I ROZMOWY INDYWIDUALNEJ
Dot. projektu „Świetlica środowiskowa "M. Łodzi Niegniewni" -
rozszerzenie i kontynuacja sprawdzonych działań”

I. DANE UCZESTNIKA					
Nazwisko dziecka					
Imię dziecka					
Data urodzenia		Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna		
PESEL					
II. DANE KONTAKTOWE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO					
Imię i nazwisko					
III. ADRES ZAMIESZKANIA					
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość					
Kod pocztowy		Poczta			
Powiat		Województwo			
Telefon stacjonarny		Telefon komórkowy			
Adres poczty elektronicznej (e-mail)					
IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA – KRYTERIUM DOSTĘPU					
Definicja osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:					
1. Osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; 2. Osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; 3. Osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; 4. Osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2016 r. poz. 1654, z późn. zm.); 5. Osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2017 r. poz. 2198, z późn. zm.); 6. Osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020; 7. Członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze					

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz środków budżetu Miasta Łodzi

<p>względu na konieczność s prawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;</p> <p>8. Osoby niesamodzielne;</p> <p>9. Osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;</p> <p>10. Osoby odbywające kary pozbawienia wolności;</p> <p>11. Osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa .</p>		
1. Zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (w rozumieniu powyższej definicji)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2. Rodzaj zagrożenia (należy wskazać te punkty powyższej definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które dotyczą dziecka)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10
3. Czy załączono dokument potwierdzający rodzaj zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/> TAK	
	<input type="checkbox"/> NIE (potwierdzam prawdziwość rodzaju zagrożenia na zasadzie oświadczenia własnego)	
	<input type="checkbox"/> NIE (dziecko, którego jestem rodzicem/opiekunem prawnym uczęszcza już do świetlicy i dokument potwierdzający rodzaj zagrożenia złożony na etapie zgłoszenia do projektu <i>Świetlica środowiskowa M. Łodzi Niegniewni</i> pozostaje ważny)	
V. DODATKOWE KRYTERIA PREMIUJĄCE		
1. [Należy wypełnić tylko w przypadku zaznaczenia pkt 11 w części IV.2] Oświadczam, że wsparcie otrzymywane w ramach PO PŻ nie powiela wsparcia przewidzianego w niniejszym projekcie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2. Zaświadczenie z poradni/szkoły/MOPS o potrzebie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. Wielokrotne zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (należy zakreślić)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz środków budżetu Miasta Łodzi

„TAK” jeżeli w części IV.2 zaznaczono więcej niż jedną odpowiedź)		
4. Niepełnosprawność:	<input type="checkbox"/> posiadanie całościowych zaburzeń rozwojowych <input type="checkbox"/> niepełnosprawność intelektualna/zaburzenia psychiczne	<input type="checkbox"/> posiadanie niepełnosprawności sprzężonych
Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych na zasadach wskazanych w Informacji dla Kandydata na Uczestnika i Uczestnika Projektu, którą dostarczono mi przed wypełnieniem niniejszego formularza oraz potwierdzam zapoznanie się z Regulaminem projektu		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Świadoma/y odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość informacji zawartych w niniejszym formularzu zgłoszeniowym.		
ZGŁOSZENIE DOTYCZY:		
<input type="checkbox"/> PLACÓWKI STACJONARNEJ		<input type="checkbox"/> OBJĘCIA FORMĄ PRACY PODWÓRKOWEJ
..... Miejsce Data Czytelny podpis opiekuna prawnego
Wypełnia instytucja realizująca projekt (Centrum Służby Rodzinie)	
Data wpływu formularza:		Podpis osoby przyjmującej formularz
KARTA ROZMOWY		
Wypełnia instytucja realizująca projekt (Centrum Służby Rodzinie)	 Czytelny podpis opiekuna prawnego
..... Miejsce	 Podpis pedagoga
..... Data	 Podpis psychologa
UWAGI (JEŚLI DOTYCZY)		
Wypełnia instytucja realizująca projekt (Centrum Służby Rodzinie)		
.....		