



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" - zdolni i zdolni. Rozszerzenie i kontynuacja działalności

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:

- 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;
- Osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- 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;
- 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.);
- 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.);
- 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;



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

<p>7. Członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;</p> <p>8. Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;</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> bądź <i>Świetlica środowiskowa M. Łodzi Niegniewni – rozszerzenie i kontynuacja sprawdzonych działań</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. Wielokrotne zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (należy zakreślić „TAK” jeżeli w części IV.2 zaznaczono więcej niż jedną	<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

odpowiedź)		
3. 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.		
..... Miejsce Data Czytelny podpis opiekuna prawnego
Wypełnia instytucja realizująca projekt (Centrum Służby Rodzinie)	
Data wpływu formularza:		Podpis osoby przyjmującej formularz
KARTA ROZMOWY		
	 Czytelny podpis opiekuna prawnego
Wypełnia instytucja realizująca projekt (Centrum Służby Rodzinie)	
		Podpis pedagoga
..... Miejsce Data Podpis psychologa
UWAGI (JEŚLI DOTYCZY)		
Wypełnia instytucja realizująca projekt (Centrum Służby Rodzinie)		
.....		