



Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie

Projekt „Deinstytucjonalizacja i wsparcie wojewódzkiej pieczy zastępczej”

Nr FESL.07.08-IZ.01-0799/23

realizowanym przez Województwo Śląskie
– Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego**Wstępna deklaracja udziału w projekcie**

- dziecko przebywającego w rodzinnej pieczy zastępczej*
- dziecko przebywającego w instytucjonalnej pieczy zastępczej - regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej / interwencyjnym ośrodku preadopcyjnym*
- członka rodziny (dziecka biologicznego) osoby pełniącej funkcję rodziny zastępczej, prowadzącej rodzinny dom dziecka, prowadzącej placówkę opiekuńczo-wychowawczą typu rodzinnego*

*właściwe zaznaczyć

NUMER IDENTYFIKACYJNY**DATA I GODZINA WPŁYWU****A. DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE KANDYDATA****DANE PODSTAWOWE**

Imię

Nazwisko

Płeć

- kobieta
- mężczyzna

Data urodzenia

_ _ - _ _ - _ _ _ _ _ (dd-mm-rrrr)

Wiek w chwili przystąpienia
do projektu

Obywatelstwo

- obywatelstwo polskie
- brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE
- brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec

PESEL

- PESEL - _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- brak PESEL - inny identyfikator _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

DANE TELEADRESOWE

Kraj

Województwo

Powiat

Gmina

Miejscowość



Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak
B. DODATKOWE INFORMACJE O KANDYDACIE (ZAZNACZYĆ JEŚLI DOTYCZY)	
<input type="checkbox"/> Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności <i>(wymagana potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia uzyskanego orzeczenia o niepełnosprawności)</i>	
<input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną <i>(wymagana potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia uzyskanego orzeczenia o niepełnosprawności)</i>	
<input type="checkbox"/> Osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną <i>(wymagana potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia uzyskanego orzeczenia o niepełnosprawności i/lub stosownego zaświadczenia lekarskiego o stwierdzonych zaburzeniach psychicznych)</i>	
<input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnością intelektualną <i>(wymagana potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia uzyskanego orzeczenia o niepełnosprawności)</i>	
<input type="checkbox"/> Osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi <i>(w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10, wymagana potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia zdiagnozowanych całościowych zaburzeń rozwojowych)</i>	

**C. POTRZEBY W ZAKRESIE WSPARCIA**

- Specjalistyczne diagnozy
- Specjalistyczne terapie
- Terapia grupowa:
 - Muzykoterapia
 - Trening Umiejętności Społecznych
- Turnusy terapeutyczne (7 dniowe)
- Warsztaty wzmacniania więzi (5 dniowe)

D. SPECJALNE POTRZEBY

- Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową?
Jeśli TAK, proszę opisać jakie:

.....

- Zapewnienie tłumacza języka migowego
- Inne specjalne potrzeby? Jeśli TAK, proszę opisać jakie:

.....

**E. DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE PRZEDSTAWICIELA
DZIECKA ZGŁASZANEGO DO PROJEKTU**

Imię	
Nazwisko	
Funkcja	<input type="checkbox"/> rodzina zastępcza <input type="checkbox"/> prowadzący rodzinny dom dziecka <input type="checkbox"/> kierujący RPOT/IOP <input type="checkbox"/> rodzic
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

F. OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że składanie oświadczeń niezgodnych ze stanem faktycznym podlega odpowiedzialności
- Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/y, że ww. projekt jest dofinansowany przez Unię Europejską w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (Europejski Fundusz Społeczny+)
- Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „Deinstytucjonalizacja i wsparcie wojewódzkiej pieczy zastępczej” i zobowiązuje się do jego przestrzegania



✓ Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych przez Administratora danych osobowych - Zarząd Województwa Śląskiego pełniącego rolę Instytucji Zarządzającej programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (IZ FE SL)

✓ Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych przez Administratora danych osobowych – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego

✓ W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem

G. PODPIS

Data	Podpis przedstawiciela
------	------------------------

H. WZORY ZAŚWIADCZEŃ

- 1 W przypadku zaznaczenia którego z pól w części B, należy dostarczyć stosowne dokumenty potwierdzające spełnienie przez kandydata danego kryterium (np. orzeczenie o niepełnosprawności, opinię poradni psychologiczno- pedagogicznej, itp.)
- 2 Wzory zaświadczeń:
 - Zaświadczenie o umieszczeniu dziecka w pieczy zastępczej (zaświadczenie wydaje się dla każdego dziecka osobno) – załącznik nr 4
 - Zaświadczenie o umieszczeniu dziecka w instytucjonalnej pieczy zastępczej - regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych i interwencyjnym ośrodku preadopcyjnym (zaświadczenie wydaje się dla każdego dziecka osobno) – załącznik nr 5
 - Zaświadczenie - członek rodziny (dziecko biologiczne) osoby pełniącej funkcję rodziny zastępczej, prowadzącej rodzinny dom dziecka, prowadzącej placówkę opiekuńczo-wychowawczą typu rodzinnego – załącznik nr 6
 - Oświadczenie przedstawiciela dziecka o nie powielaniu tożsamego wsparcia realizowanego w ramach innych projektów dofinansowanych ze środków Unii Europejskiej w perspektywie finansowej na lata 2021-2027 – załącznik nr 14

I. OCENA ZGŁOSZENIA

DATA OCENY	
KWALIFIKACJA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Uzasadnienie odmowy przyjęcia zgłoszenia:
PODPISY CZŁONKÓW ZESPOŁU REKRUTACYJNEGO	



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie