



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Rodzina to nasza siła!”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Rodzina to nasza siła!” nr FESW.09.05-IZ.00-0025/24

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu
Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027,

Priorytet 9. Usługi społeczne i zdrowotne, Działanie 09.05. Wsparcie rodzin oraz pieczy zastępczej

Wypełnia osoba przyjmująca Formularz zgłoszeniowy	
Data wpływu Formularza zgłoszeniowego	Podpis osoby przyjmującej Formularz zgłoszeniowy

CZĘŚĆ I: DANE RODZICA ZGŁASZANEGO DO PROJEKTU

DANE UCZESTNIKA - RODZIC	
Rodzaj uczestnika:	☐ Indywidualny
Obywatelstwo:	☐ Obywatelstwo polskie ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE ☐ Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec
Imię:	
Nazwisko:	
Brak PESEL:	☐ TAK ☐ NIE
PESEL/ inny identyfikator (jeżeli brak PESEL):	
Płeć:	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
Wykształcenie (należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia):	☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0 – 2) ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ Wyższe (ISCED 5 – 8)
DANE TELEADRESOWE - RODZIC	
Kraj:	
Województwo:	
Powiat:	



Gmina:		
Miejscowość:		
Kod pocztowy:		____ - ____
Obszar:		☐ Obszar wiejski ☐ Obszar miejski
Telefon kontaktowy:		
Adres poczty elektronicznej (e-mail):		
STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU - RODZIC		
Osoba obcego pochodzenia:		☐ TAK ☐ NIE
Osoba państwa trzeciego:		☐ TAK ☐ NIE
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane):		☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:		☐ TAK ☐ NIE
Osoba z niepełnosprawnościami:		☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji
STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU - RODZIC		
Osoba bezrobotna:		☐ TAK ☐ NIE
Osoba bierna zawodowo:		☐ TAK ☐ NIE
w tym: ☐ osoba nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu:	☐ osoba uczącą się/ odbywającą kształcenie	☐ inne
Jeżeli osoba ucząca się/ odbywająca kształcenie należy podać nazwę i adres szkoły/ placówki kształcenia		
Osoba pracująca:		☐ TAK ☐ NIE
Jeśli osoba pracująca należy podać nazwę firmy/instytucji i adres miejsca pracy		
POZOSTAŁE DANE O RODZICU		
Kryteria formalne		
Osoba ucząca się lub pracująca lub zamieszkująca miasto Kielce lub powiat kielecki w rozumieniu Kodeksu Cywilnego.		☐ TAK ☐ NIE
Osoba wpisująca się w grupę osób z rodzin dysfunkcyjnych lub rodzin przeżywających trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych lub rodzin osób z niepełnosprawnością lub doświadczających przemocy lub ofiar przemocy w tym przemocy w rodzinie.		☐ TAK ☐ NIE
Osoba posiadająca minimum jedno dziecko do 18 roku życia w rodzinie.		☐ TAK ☐ NIE



Kryteria merytoryczne		
Osoba posiadająca niepełnosprawność + 4 pkt	☐ TAK	☐ NIE
Kobieta + 3 pkt	☐ TAK	☐ NIE
INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEGÓLNYCH POTRZEB RODZICA W ZWIĄZKU Z PRZYSTĄPIENIEM DO PROJEKTU		
Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/ Pani potrzebuje:	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/ Systemu Językowo- Migowego	☐ TAK ☐ NIE
	2. Pętla indukcyjna	☐ TAK ☐ NIE
	3. Powiększony tekst	☐ TAK ☐ NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniemej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	☐ TAK ☐ NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie żywienia	☐ TAK ☐ NIE
	6. Inne	☐ TAK ☐ NIE
Jeśli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:		
Jeśli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:		

CZĘŚĆ II DANE DZIECKA ZGŁASZANEGO DO PROJEKTU

DANE UCZESTNIKA - DZIECKO	
Rodzaj uczestnika:	☐ Indywidualny
Obywatelstwo:	☐ Obywatelstwo polskie ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE ☐ Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec
Imię:	
Nazwisko:	
Brak PESEL:	☐ TAK ☐ NIE
PESEL/ inny identyfikator (jeżeli brak PESEL):	
Płeć:	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
Wykształcenie (należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia):	☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0 – 2)



DANE TELEADRESOWE - DZIECKO			
Kraj:			
Województwo:			
Powiat:			
Gmina:			
Miejscowość:			
Kod pocztowy:		____-____	
Obszar:		☐ Obszar wiejski ☐ Obszar miejski	
STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU - DZIECKO			
Osoba obcego pochodzenia:		☐ TAK ☐ NIE	
Osoba państwa trzeciego:		☐ TAK ☐ NIE	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane):		☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:		☐ TAK ☐ NIE	
Osoba z niepełnosprawnościami:		☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji	
Osoba ze specjalnymi potrzebami:		☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji	
STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU - DZIECKO			
Osoba bierna zawodowo:		☐ TAK ☐ NIE	
w tym: ☐ osoba nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu:		☐ osoba uczącą się/ odbywającą kształcenie	☐ inne
Jeżeli osoba ucząca się/ odbywająca kształcenie należy podać nazwę i adres szkoły/ placówki kształcenia			
Dziecko zgłaszane do projektu posiada inny status- tj. jest osobą			
POZOSTAŁE DANE O DZIECKU			
Kryteria formalne			
Osoba ucząca się lub pracująca lub zamieszkująca miasto Kielce lub powiat kielecki w rozumieniu Kodeksu Cywilnego.		☐ TAK ☐ NIE	
Osoba wpisująca się w grupę osób z rodzin dysfunkcyjnych lub rodzin przeżywających trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych lub rodzin osób z niepełnosprawnością lub doświadczających przemocy lub ofiar przemocy w tym przemocy w rodzinie.		☐ TAK ☐ NIE	



Kryteria merytoryczne		
Osoba posiadająca niepełnosprawność lub osoba ze specjalnymi potrzebami + 4 pkt	☐ TAK	☐ NIE
Osoba wychowująca się poza rodziną biologiczną + 20 pkt	☐ TAK	☐ NIE
INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEGÓLNYCH POTRZEB DZIECKA W ZWIĄZKU Z PRZYSTĄPIENIEM DO PROJEKTU		
Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/ Pani potrzebuje:	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/ Systemu Językowo- Migowego	☐ TAK ☐ NIE
	2. Pętla indukcyjna	☐ TAK ☐ NIE
	3. Powiększony tekst	☐ TAK ☐ NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniemej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	☐ TAK ☐ NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie żywienia	☐ TAK ☐ NIE
	6. Inne	☐ TAK ☐ NIE
Jeśli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:		
Jeśli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:		

CZĘŚĆ III DANE DOTYCZĄCE RODZINY Z KTÓREJ POCHODZI RODZIC Z DZIECKIEM ZGŁASZANI DO PROJEKTU

INFORMACJA O RODZINIE	
Kryteria formalne	
Rodzina z której pochodzi rodzic i dziecko zgłaszani do projektu wpisuje się w grupę rodzin dysfunkcyjnych lub rodzin przeżywających trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych lub rodzin osób z niepełnosprawnością lub rodzin doświadczających przemocy lub ofiar przemocy w tym przemocy w rodzinie.	☐ TAK ☐ NIE
Kryteria merytoryczne	
Rodzina z której pochodzi rodzic i dziecko zgłaszani do projektu posiada status rodziny o niskim statusie społeczno-ekonomicznym. + 4 pkt	☐ TAK ☐ NIE
W rodzinie, z której pochodzi rodzic i dziecko zgłaszani do projektu występuje wielodzietność. + 4 pkt	☐ TAK ☐ NIE
W rodzinie, z której pochodzi dziecko i rodzic zgłaszani do projektu występuje samotne wychowywanie dziecka. + 4 pkt	☐ TAK ☐ NIE

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis rodzica



OŚWIADCZENIE

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Rodzina to nasza siła!” oświadczam, że:

- złożenie formularza jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO);
- zostałem/am poinformowany/a, iż projekt “Rodzina to nasza siła!” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus;
- zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Rodzina to nasza siła!”;
- zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa w zajęciach projektowych;
- jestem świadomy/a, że wypełnienie formularza rekrutacyjnego oraz wyrażenie zgody na udział w projekcie nie gwarantują udziału w wybranych zajęciach oraz, że decyzję o zakwalifikowaniu do projektu podejmie Komisja rekrutacyjna biorąc pod uwagę kryteria rekrutacji;
- zostałem/am poinformowany/a, że moje dane będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu “Rodzina to nasza siła!” przez Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej programem Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 oraz Beneficjenta projektu NEUROCLINIC – CENTRUM TERAPII I ROZWOJU AGNIESZKA SCENDO. Podanie danych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu do celów związanych z realizacją projektu “Rodzina to nasza siła!” Przetwarzanie w/w danych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027;
- na podstawie art. 81 ust.1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dn. 4 lutego 1994 r. (Dz.U. 2006 r. Nr 90 poz.631 z późn zm.) **wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie mojego wizerunku, w formie fotografii analogowej i cyfrowej oraz filmu analogowego bądź cyfrowego, zarejestrowanych na potrzeby dokumentacji działań bądź w celu promocji projektu “Rodzina to nasza siła!” przez NEUROCLINIC – CENTRUM TERAPII I ROZWOJU AGNIESZKA SCENDO. Ponadto, wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie przez w/w podmiot mojego wizerunku za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu promocji projektu “Rodzina to nasza siła!”.** Przeniesienie niniejszego zezwolenia na Instytucję Zarządzającą nie wymaga mojej uprzedniej zgody na taką czynność.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis rodzica

Wybrany sposób poinformowania rodzica o wynikach rekrutacji:

- ☐ telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym w niniejszym formularzu w części I dotyczącej danych rodzica
- ☐ mailowo na adres e-mail wykazany w niniejszym formularzu w części I dotyczącej danych rodzica
- ☐ osobiście (np. w momencie wizyty w Biurze projektu)