Załącznik Nr 3 do Zarządzenia

Nr PCPR.021.8.2016

Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy

Rodzinie w Sępólnie Krajeńskim

z siedzibą w Więcborku z dnia 2 listopada 2016r.

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE „RODZINA W CENTRUM”**

|  |
| --- |
| **Dane podstawowe** |

**Imię (imiona)**…………………… ……………………………………………………………..……….

**Nazwisko**………………………………………………………………………………………..………..**Płeć** (zaznaczyć krzyżykiem) 🞎 Kobieta 🞎 Mężczyzna

**Wiek**…………………………………………… **Data urodzenia**…………………………………..

|  |
| --- |
| **Adres zamieszkania** |

**Ulica**……………………………………………………… **Nr domu**…………… **Nr lokalu**…………

**Nazwa miejscowości**……………………………………………… **Kod pocztowy** ………………… **Miejscowość** (zaznaczyć krzyżykiem) 🞎 miasto 🞎 wieś

**Gmina**………………………………………………………………..…………………………………...

**Powiat**…………………………………………………………………..………………………………..**Województwo**………………………………………………………...…………………………………

|  |
| --- |
| **Dane kontaktowe** |

**Telefon domowy**…………………………… **Telefon komórkowy**……………………………………

**Adres poczty elektronicznej**………………………………………………………………………….…

|  |
| --- |
| **Dane dodatkowe** |

**Wykształcenie** (zaznaczyć krzyżykiem)

🞎 brak 🞎 podstawowe 🞎 gimnazjalne 🞎 ponadgimnazjalne

🞎 pomaturalne 🞎 wyższe

|  |
| --- |
| **Status uczestnika** |

osoba przebywająca w pieczy zastępczej,

osoba opuszczająca pieczę zastępczą,

osoba w rodzinie przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo – wychowawczych o której mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (w tym rodziny objęte wsparciem asystenta rodziny);

osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą,

inne osoby, których udział w projekcie jest niezbędny do skutecznego wsparcia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym wolontariusze[[1]](#footnote-1)

|  |
| --- |
| **Formy wsparcia[[2]](#footnote-2)** |

**Deklaruję chęć skorzystania z następujących form wsparcia:**

* specjalistyczne poradnictwo rodzinne – pedagogiczne,
* specjalistyczne poradnictwo rodzinne – prawne,
* specjalistyczne poradnictwo rodzinne – psychologiczne,
* specjalistyczne poradnictwo rodzinne – psychiatryczne,
* mediacje rodzinne,
* terapia rodzinna/grupowa i indywidualna/,
* warsztaty wzmacniające kompetencje rodzicielskie dla rodziców naturalnych i zastępczych,
* zajęcia animacyjne dla dzieci rodziców korzystających z warsztatów wzmacniających kompetencje,[[3]](#footnote-3)
* warsztaty socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży w wieku od 7 do 14 lat przebywających w pieczy oraz w rodzinach naturalnych z problemami opiekuńczo-wychowawczymi,
* grupy wsparcia dla rodzin naturalnych i zastępczych,
* szkolenia dla wolontariuszy,
* wyjazdy edukacyjne wzmacniające więzi i relacje pomiędzy rodzicami i dziećmi,
* superwizja rodzin zastępczych,
* warsztaty dla osób przebywających i opuszczających pieczę zastępczą,
* bony edukacyjne dla osób opuszczających pieczę zastępczą.

|  |
| --- |
| **Informacje dodatkowe** |

1. Oświadczam, że poinformuje PCPR w Sępólnie Krajeńskim z siedzibą w Więcborku o każdej zmianie mojego statusu mającego wpływ na kwalifikacje do projektu.
2. Oświadczam, że w tym samym czasie nie korzystam z takich samych form wsparcia jednocześnie w żadnym innym projekcie współfinansowanym przez Europejski Fundusz Społeczny.
3. Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną[[4]](#footnote-4)

TAK NIE

1. W przypadku dodatkowych potrzeb organizacyjnych wynikających z niepełnosprawności prosimy o podanie poniżej takiej informacji:

………………………………………………………..………………..……………………………….

……………………………………………

Data i podpis [[5]](#footnote-5)

1. w formach wsparcia zgodnych z Regulaminem uczestnictwa w projekcie [↑](#footnote-ref-1)
2. jeśli partner oferuje daną formę wsparcia. [↑](#footnote-ref-2)
3. forma wsparcia zaplanowana tylko dla dzieci rodziców uczestniczących w warsztatach wzmacniających kompetencje rodzicielskie [↑](#footnote-ref-3)
4. za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 1997 nr 123 poz. 776), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535). [↑](#footnote-ref-4)
5. W przypadku jeśli karta zgłoszeniowa dotyczy osoby małoletniej powinna zostać podpisana przez osobę sprawującą opiekę. [↑](#footnote-ref-5)