**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**Wzmocnieni – zintegrowane wsparcie dla dzieci i rodzin**

**Formularz zgłoszeniowy dotyczy osób z (podkreśl właściwe):**

1. Rodzin zastępczych
2. Rodzin biologicznych
3. Pieczy instytucjonalnej

# **Dane wspólne**

|  |  |
| --- | --- |
| № |  |
| 1 | **Tytuł projektu: Wzmocnieni – zintegrowane wsparcie dla dzieci i rodzin** |
| 2 | Nr projektu: FELD.07.12-IP.01-0017/25 |
| 3 | Program regionalny Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027 |
| 4 | Działania na rzecz poprawy świadczenia usług w zakresie opieki rodzinnej i środowiskowej |

# **Dane uczestnika**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Imię i nazwisko |  | |
| 2 | PESEL |  | |
| 3 | Płeć |  | |
| 4 | Wiek |  | |
| 5 | Wykształcenie  (podkreśl właściwe) | Średnie I stopnia lub niższe  Ponadgimnazjalne  Policealne  Wyższe | |
| 6 | Miejscowość, kod pocztowy |  | |
| 7 | Telefon |  | |
| 8 | adres e-mail |  | |
| 9 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu  (podkreśl właściwe) | Bezrobotny | Niezarejestrowany w ewidencji urzędów pracy |
| Zarejestrowany w ewidencji urzędów pracy |
| Osoba długotrwale bezrobotna |
| Bierny  zawodowo | Osoba ucząca się |
| Nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |
| Inna |
| Pracujący | Miejsce pracy: |
| 10 | Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu  (podkreśl właściwe) | Osoba obcego pochodzenia  Obywatel/ka państwa trzeciego  Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej  Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  Osoba z niepełnosprawnościami | |
| 11. | Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności (jeżeli dotyczy) | Jakie: | |
| 12. | Warunki umożliwiające godzenie udziału w projekcie z życiem zawodowym i osobistym (jeżeli dotyczy) | Jakie: | |

**KRYTERIA FORMALNE (OBOWIĄZKOWE) UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Oświadczam, że spełniam kryterium formalne i jestem osobą uczącą się/pracującą lub zamieszkującą na terenie województwa łódzkiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego.

KRYTERIA MERYTORYCZNE (NIEOBOWIĄZKOWE) UCZESTNICTWA W PROJEKCIE – **RODZINY ZASTĘPCZE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Oświadczam, że: | TAK | NIE | ILOŚĆ PKT  (wypełnia  koordynator projektu) |
| Zgłaszam problem wynikający z zaburzeń zachowania dziecka |  |  |  |
| Nie korzystałem/am do tej pory ze wsparcia specjalistycznego |  |  |  |
| Chcę podnieść swoje kompetencje wychowawcze lub w innych obszarach *(wymagane przedłożenie opinii psychologa)* |  |  |  |
| Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności *(wymagane przedłożenie orzeczenia)* |  |  |  |
| U dziecka zdiagnozowano: zaburzenia więzi i/lub ADHD i/lub ODD i/lub spektrum FASD *(wymagane zaświadczenie lekarskie/opinię psychologa*) |  |  |  |

KRYTERIA MERYTORYCZNE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE – **RODZINY BIOLOGICZNE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Oświadczam, że: | TAK | NIE | ILOŚĆ PKT  (wypełnia  koordynator projektu) |
| Zgłaszam problem wynikający z zaburzeń zachowania dziecka |  |  |  |
| Chcę podnieść swoje kompetencje wychowawcze *(wymagane przedłożenie opinii psychologa)* |  |  |  |
| Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności wynikającej ze stanu zdrowia psychicznego *(wymagane przedłożenie orzeczenia)* |  |  |  |

KRYTERIA MERYTORYCZNE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE – **PIECZA INSTYTUCJONALNA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Oświadczam, że: | TAK | NIE | ILOŚĆ PKT  (wypełnia  koordynator projektu) |
| U dziecka występują zachowania mogące wskazywać na: |  |  |  |
| Zaburzenia więzi  *(wymagane przedłożenie opinii psychologa)* |  |  |  |
| Zaburzenia zachowania  *(wymagane przedłożenie opinii psychologa)* |  |  |  |
| Zaburzenia psychiczne  *(wymagane przedłożenie opinii psychologa)* |  |  |  |
| Spektrum FASD  *(wymagane zaświadczenie lekarskie/opinia psychologa)* |  |  |  |
| Zaburzenia opozycyjno – buntownicze  *(wymagane przedłożenie opinii psychologa)* |  |  |  |
| Dziecko posiada diagnozę ADHD lub opinię o FASD  *(wymagane zaświadczenie lekarskie/opinia psychologa)* |  |  |  |
| Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności *(wymagane przedłożenie orzeczenia)* |  |  |  |

…………………………………………………….…………………………… data i czytelny podpis uczestnika/uczestniczki projektu lub jej opiekuna prawnego w przypadku osób niepełnoletnich/ubezwłasnowolnionych