**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 etnicznejOsoba 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