***FORMULARZ REKRUTACYJNY -ZGŁOSZENIE***

**„CUS w Gminie Opole Lubelskie”**

**Działanie 2.8 ROZWÓJ USLUG SPOŁECZNYCH ŚWIADCZONYCH W ŚRODOWISKU LOKALNYM**

|  |
| --- |
| **I. Dane uczestnika** |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Data i miejsce urodzenia** |  |
| **Wiek** |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Płeć** |  K  M |
| **Wykształcenie****wg poziomów ISCED** |  niższe niż podstawowe podstawowe gimnazjalne ponadgimnazjalne  |
| **Przynależność do grupy projektowej** |  7- 12 lat, 12 - 15 lat 15-17 lat. |

|  |
| --- |
| **II. Dane kontaktowe** |
| **Województwo** |  |
| **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr budynku** |  |
| **Nr lokalu** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Poczta** |  |
| **Obszar** |  Miejski  Wiejski |
| **Tel. Stacjonarny** |  |
| **Tel. Komórkowy** |  |
| **E-mail** |  |

|  |
| --- |
| **III. Dane dodatkowe** |
| **Status na rynku pracy** | Osoba bierna zawodowo Tak  Nie w tym uczeń |
|  |  |
| **IV Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu** |
| **Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej** |  Tak  Nie  |
| **Migrant**  |  Tak  Nie |
| **Obywatelstwo** |  |
| **Osoba obcego pochodzenia** |  Tak  Nie |
| **Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności** | Posiadam niepełnosprawność (udokumentowaną)  Tak  NieJeśli **Tak** to w stopniu:  lekkim umiarkowanym znacznym  |
| **Przynależność do innych grup znajdujących się****w niekorzystnej sytuacji społecznej** |  Tak  NieW przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej należy podać z jakiego powodu: ………………………………………………………………………………………………. |
| **Korzystanie przez osobę/rodzinę ze świadczeń pomocy społecznej** |  Tak  Nie |
| **Nazwa i adres szkoły** |  |
| **Klasa** |  |
| **Średnia ocen w szkole** |  |

|  |
| --- |
| V Preferencyjne kryteria rekrutacji do projektu |
| Rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki naddzieckiem z niepełnosprawnością | 🗆 Tak 🗆 Nie  |
| Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczeniez powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 11 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączeniaspołecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata2014 – 2020 | 🗆 Tak 🗆 Nie  |
| Osoby lub rodziny korzystające z PO PŻ 2014-2020 (zakres wsparcia dla tych os.) lub rodzin w ramach programu nie będzie | 🗆 Tak 🗆 Nie  |
| Osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności | 🗆 Tak 🗆 Nie  |
| Osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z niepełnosprawnością intelektualną i os. z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowia) | 🗆 Tak 🗆 Nie  |

|  |  |
| --- | --- |
| Forma naboru |  Zgłoszenie samodzielne Skierowanie przez instytucję (podać jaką……………………...............……………) |
| Udział w innych projektach realizowanych w ramach PO WER  |  Tak  Nie |

*Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych szczególnych, niezbędnych dla celów rekrutacji i realizacji projektu (w tym: udzielenia wsparcia, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości) zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 178) 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).*

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

Miejscowość i data Podpis

………………………………………………..

 Podpis kierownika projektu

**Rodzice/opiekunowie ponoszą odpowiedzialność za drogę dziecka do świetlicy oraz jego powrót do domu. Zobowiązują się do zapoznania z regulaminem świetlicy, dostępnym w placówce.**

..........................................................................

(data i czytelny podpis rodzica/opiekuna)

**Kwestionariusz** *(proszę zaznaczyć właściwie i podać niezbędne informacje)***:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Czy rodzina korzysta z pomocy Centrum Usług Spoelcnych? |  **TAK NIE** |
| 2. Czy rodzina ma przyznanego asystenta rodziny? |  **TAK NIE** |
| a) jeżeli TAK proszę o podanie nazwiska asystenta |  |
| 3. Czy zamieszkują Państwo gospodarstwo bez osób pracujących z dzieckiem na utrzymaniu?  |  **TAK NIE** |
| 4. Czy korzystają Państwo z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020?  |  **TAK NIE** |
| 5. Czy rodzina ma wydany sądowy obowiązek uczestnictwa dziecka w zajęciach świetlicowych? |  **TAK NIE** |
| a) Jeżeli TAK, to proszę wpisać sygnaturę sprawy |  |
| 6. Czy dziecko ma wydaną opinię psychologiczno-pedagogiczną? |  **TAK NIE** |
| a) jeżeli TAK, to proszę wpisać nazwę placówki i datę wydania opinii |  |
| 7. Czy jest objęte pomocą psychologiczno-pedagogiczną? |  **TAK NIE** |
| a) jeżeli TAK, to jaką oraz proszę podać gdzie i kto prowadzi terapię? |  |
| 8. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności? |  **TAK NIE** |
| 9. Czy dziecko jest pod stałą opieką specjalisty? |  **TAK NIE** |
| a) jeżeli TAK to jakiego? |  |
| 10. Czy występują problemy wychowawcze z Państwa dzieckiem? |  **TAK NIE** |
| a) jeżeli TAK to jakie? |  |
| 11. Czy dziecko wymaga dodatkowej opieki? (dieta, podania leków, zwrócenia na coś szczególnej uwagi) |  **TAK NIE** |
| a) jeżeli TAK proszę wypisać jakiej? |  |
| 12. Proszę podać osoby uprawnione do odbioru dziecka ze świetlicy ***(jeśli dziecko ma zakaz samowolnego wyjścia i powrotu do domu)*** |  |

|  |
| --- |
| ……………………………… ……………………………….. (miejscowość, data) (podpis rodzica/opiekuna) |

............................................................................

 DATA I PODPIS RODZICA/OPIEKUNA

**Drodzy rodzice/opiekunowie!**

 W świetlicy zapewniamy dziecku pomoc w nauce, organizację czasu wolnego, dajemy możliwość na rozwój zainteresowań, organizujemy zabawy i zajęcia sportowe. Udzielamy pomocy w sytuacjach kryzysowych, szkolnych, rodzinnych, rówieśniczych i osobistych w oparciu o diagnozę indywidualną dziecka i jego rodziny.

Prosimy o dołączenie kserokopii dokumentacji jeśli dziecko posiada, np. orzeczenie
o niepełnosprawności, opinię psychologiczno-pedagogiczną, zaświadczenie od lekarza
o przyjmowanych lekach, wydany sądowy obowiązek uczestnictwa dziecka w zajęciach świetlicowych. Pozwoli to nam na lepsze i szybsze poznanie potrzeb dziecka, opracowanie indywidualnego planu pracy z dzieckiem. Dokumentacja jest wykorzystywana tylko
i wyłącznie na użytek świetlicy i stanowi pomoc wychowawców. Stanowi integralną część dokumentacji dziecka i objęta jest tajemnicą służbową.

**Opinia Komisji Rekrutacyjnej:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Kandydata KWALIFIKUJE SIĘ / NIE KWALIFIKUJE SIĘ\* do wzięcia udziału w projekcie**

*\* właściwe zakreślić*

**Podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej:**

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

……………………………………..…………………………  *Miejscowość, data*

……………………………………..…………………………