**Załącznik Nr 1**

do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Włoszczowie**

**ul. Wiśniowa 10, 29-100 Włoszczowa, Tel/Fax.: 41 39-44-993,**

**www.pcprwloszczowa.pl, e-mail:** [**biuro@pcprwloszczowa.pl**](mailto:biuro@pcprwloszczowa.pl)

**WSTĘPNA ANKIETA REKRUTACYJNA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**,,BEZ BARIER”**

**CZĘŚĆ I**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane**  **Uczestnika** | Imię i nazwisko |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Płeć: | Kobieta M Mężczyzna |
| PESEL |  |
| Stan cywilny | wolna/wolny |
| mężatka/żonaty |
| **Dane**  **kontaktowe** | Ulica |  |
| Nr domu/ Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres poczty elektronicznej ( e-mail) |  |
| **Dane osobowe**  **prawnego opiekuna /kuratora**  *(\* uzupełnić w przypadku gdy ze wsparcia będzie korzystała osoba całkowicie bądź częściowo ubezwłasnowolniona)* | Imię i nazwisko |  |
| Ulica |  |
| Nr domu/ Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Tel kontaktowy |  |

Jestem zainteresowany / zainteresowana udziałem w projekcie „BEZ BARIER”

Nie jestem zainteresowany / zainteresowana udziałem w projekcie „BEZ BARIER”

***Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:***

1. Zostałem poinformowany/a o planowanych działaniach w Projekcie oraz jego współfinansowaniu ze środków Unii Europejskiej w ramach EFS,
2. Zapoznałem się z postanowieniami ***Regulaminu uczestnictwa*** w projekcie i akceptuję je,
3. Mam świadomość, iż zawarte w Projekcie działania, w których będę brał/a udział mogą odbywać się w miejscowości innej od mojego miejsca zamieszkania,
4. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 poz.1000 z póź. zm.) do celów związanych z przeprowadzeniem procesu rekrutacji.

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

miejscowość i data podpis kandydata

**GRUPA 3 – OSOBY SPRAWUJĄCE PIECZĘ ZASTĘPCZĄ**

**CZĘSĆ II**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryteria obowiązkowe** | Posiadam kserokopię postanowienia sądu o ustanowieniu rodziny zastępczej oraz umieszczeniu dzieci w pieczy zastępczej | Tak Nie |
| **Kryteria dodatkowe premiujące** | Rodzina zastępcza tworzona w osobie 1 opiekuna | Tak Nie |
| Rodzina zastępcza sprawująca opiekę nad więcej niż  1 dzieckiem | Tak Nie  1 dziecko 4 dzieci  2 dzieci 5 dzieci  3 dzieci 6 dzieci |
| Rodzina zastępcza opiekująca się dzieckiem  z niepełnosprawnością | Tak Nie  1 dziecko 4 dzieci  2 dzieci 5 dzieci  3 dzieci 6 dzieci |
| Rodzina zastępcza opiekująca się dzieckiem posiadającym orzeczenie i/lub opinię z Poradni Pedagogiczno-Psychologicznej | Tak Nie  1 dziecko 4 dzieci  2 dzieci 5 dzieci  3 dzieci 6 dzieci |

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

miejscowość i data podpis kandydata

**CZĘSĆ III**

**DANE DZIECI UMIESZCZONYCH W RODZINIE ZASTĘPCZEJ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane**  **Uczestnika** | Imię i nazwisko |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Płeć: | Kobieta M Mężczyzna |
| PESEL |  |
| Stan cywilny | wolna/wolny |
| mężatka/żonaty |
| **Dane**  **Uczestnika** | Imię i nazwisko |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Płeć: | Kobieta M Mężczyzna |
| PESEL |  |
| Stan cywilny | wolna/wolny |
| mężatka/żonaty |
| **Dane**  **Uczestnika** | Imię i nazwisko |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Płeć: | Kobieta M Mężczyzna |
| PESEL |  |
| Stan cywilny | wolna/wolny |
| mężatka/żonaty |
| **Dane**  **Uczestnika** | Imię i nazwisko |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Płeć: | Kobieta M Mężczyzna |
| PESEL |  |
| Stan cywilny | wolna/wolny |
| mężatka/żonaty |
| **Dane**  **Uczestnika** | Imię i nazwisko |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Płeć: | Kobieta M Mężczyzna |
| PESEL |  |
| Stan cywilny | wolna/wolny |
| mężatka/żonaty |
| **Dane osobowe**  **opiekuna prawnego/opiekuna zastępczego** | Imię i nazwisko |  |
| Ulica |  |
| Nr domu/ Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Tel kontaktowy |  |

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

miejscowość i data podpis opiekuna zastępczego/opiekunów zastępczych