



Fundusze Europejskie
dla Świętokrzyskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa
w projekcie „Świetlica na plus”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „ŚWIETLICA NA PLUS”

Projekt „Świetlica na plus” – współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)
w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027

INFORMACJE WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU	
Data przyjęcia formularza	
Numer Identyfikacyjny Kandydata	
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie	

UWAGI:

1. Przed wypełnieniem Formularza należy zapoznać się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „*Świetlica na plus*”.
2. Prosimy wypełnić Formularz w wersji elektronicznej lub drukowanymi literami oraz podpisać w sposób czytelny w miejscach do tego wyznaczonych.
3. Należy uzupełnić wszystkie rubryki, jeśli pytanie nie dotyczy kandydata prosimy wpisać adnotację „nie dotyczy”.
4. Nie należy usuwać jakichkolwiek treści niniejszego dokumentu.
5. Wybraną odpowiedź w pytaniach zamkniętych należy zaznaczyć symbolem „x”.
6. Formularz należy spiąć w sposób trwały.
7. Prosimy zachować kopię składanych dokumentów rekrutacyjnych. Oryginał nie podlega zwrotowi.

Lp.	DANE PERSONALNE DZIECKA	
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Data urodzenia	
4.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
5.	PESEL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Brak PESEL
6.	Obywatelstwo	
6.	Adres zamieszkania	
	Województwo	
	Powiat	



	Gmina	
	Miejscowość	
	Ulica, nr domu/lokalu	
	Kod pocztowy	
7.	Adres kontaktowy (jeśli jest inny niż adres zamieszkania) DOTYCZY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY <input type="checkbox"/>	
	Województwo	
	Powiat	
	Gmina	
	Miejscowość	
	Ulica, nr domu/lokalu	
	Kod pocztowy	
8.	Poziom wykształcenia dziecka (proszę zaznaczyć „x” we właściwym miejscu, wybierając ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe)	
	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne
	<input type="checkbox"/> Podstawowe	<input type="checkbox"/> Wyższe
	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> Policealne
9.	Dane rodziców/opiekunów prawnych dziecka	
	Imię i nazwisko rodzica/opiekuna (adres, tel. kontaktowy)	
9.	Adres e-mail:	
KRYTERIA DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ		
Przynależność dziecka do grupy docelowej (proszę zaznaczyć „x” we właściwych miejscach w ramach kategorii głównej)	<u>KRYTERIA PODSTAWOWE</u>	
	WIEK DZIECKA *	3-6 LAT TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
	*3 lata ukończone, do ukończenia 6 lat	
	DZIECKO MIESZKAJĄCE NA TERENIE GMINY STARACHOWICE*	
	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
* (w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego) obszar gminy Starachowice, biorącej udział w Projekcie		



DZIECKO UCZĘSZCZAJĄCE DO PRZEDSZKOLA MIEJSKIEGO

TAK NIE

DZIECKO Z RODZINY ZAGROŻONEJ WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM*

TAK NIE

*rodzin, w tym rodzin dysfunkcyjnych lub rodzin przeżywających trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, rodzin z dziećmi i ich otoczenia, rodzin korzystających ze świadczeń z pomocy społecznej, rodzin wielodzietnych, rodzin osób z niepełnosprawnościami;

RODZINA ZAGROŻONA UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM

- Osoba/rodzina korzystająca z pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej zgodnie z przesłankami określonymi w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj. pomoc udzielana w szczególności z powodu:
- ubóstwa;
 - sieroctwa;
 - bezdomności;
 - bezrobocia;
 - niepełnosprawności;
 - długotrwałej lub ciężkiej choroby;
 - przemocy w rodzinie;
 - potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;
 - potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
 - bezradności w sprawach opiekuńczo - wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
 - trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;
 - trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
 - alkoholizmu lub narkomanii;
 - zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
 - klęski żywiołowej lub ekologicznej

<u>KRYTERIA PREMIUJĄCE</u>				
<input type="checkbox"/> Osoba/rodzina doświadczająca wielokrotnego wykluczenia <input type="checkbox"/> Osoba/rodzina z obszaru objętego gminnym programie rewitalizacji <input type="checkbox"/> Dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności/osoba w rodzinie ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Dziecko przebywające poza rodziną biologiczną				
Status kandydata w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „x” w każdym właściwym miejscu)	Pozostałe informacje /wskazniki wspólne dla wszystkich projektów współfinansowanych z EFS+/ TAK	NIE	Odmawiam podania informacji	
	1. Osoba w wieku poniżej 18 lat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Osoba w wieku 18-29 lat objętych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Osoba w wieku 55 lat i więcej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Osoba z niepełnosprawnością (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Osoba z krajów trzecich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Osoba w kryzysie bezdomności lub do- tkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli dotyczy: Czy zgłasza Pan/Pani specjalne potrzeby/ ułatwienia w trakcie uczestnictwa w projekcie?				

Data

Czytelny podpis rodzica/opiekuna dziecka

Ja niżej podpisany/-a, oświadczam, że:

- a) Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie informacji niezgodnych z prawdą wynikającej z art. art. 233 § 1 oraz art. 297 Kodeksu karnego i przyjmuje do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.
- b) Dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym do Projektu „Świetlica na plus”, w tym wszystkie oświadczenia są zgodne z prawdą.



- c) Zapoznałem/-am się z zasadami udziału zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Świetlica na plus”, akceptuję jego postanowienia, zgłaszane do udziału w projekcie dziecko spełnia kryteria uczestnictwa określone w regulaminie i w przypadku zakwalifikowania się do projektu zobowiązuję się do jego bezwzględnego przestrzegania.
- d) Deklaruję uczestnictwo dziecka w określonych dla niego formach wsparcia, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji, niezwłocznie poinformuję Kierownika Centrum Aktywności Społecznej lub Koordynatora Projektu o tym fakcie.
- e) Wyrażam zgodę na współpracę z pracownikami Centrum Usług Społecznych w tym Centrum Aktywności Społecznej, Klubu Integracji Społecznej oraz innymi pracownikami oraz podmiotami zaangażowanymi w realizację projektu.
- f) Przyjmuję do wiadomości i akceptuję fakt, iż rodzic/opiekun prawny dziecka ponosi odpowiedzialność za zniszczone przez dziecko mienie w CAS, bądź za wyrządzoną przez dziecko szkodę. Rodzic/opiekun prawny zobowiązany jest do jej naprawienia bądź zwrotu w formie odszkodowania pieniężnego zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego.
- g) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych swoich i dziecka w tym danych wrażliwych, zawartych w niniejszym Formularzu, do celów rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).
- h) Przyjmuję do wiadomości, że wszystkie dokumenty związane z uczestnictwem w projekcie, przekazane do Gminy Starachowice/Centrum Usług Społecznych w Starachowicach stają się jego własnością i nie mam prawa żądać ich zwrotu;
- i) Zostałem/-am poinformowany/-a o przysługujących mi prawach wynikających z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE i wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu oraz wizerunku, do celów związanych z realizacją i promocją projektu.

Starachowice , dn.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna dziecka



Fundusze Europejskie
dla Świętokrzyskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Decyzja Zespołu Rekrutacyjnego z dnia

1.

2.

3.

4.

Pozytywna

Negatywna

Uwagi

.....

.....

.....

.....