



Załącznik nr 1 do regulaminu rekrutacji i udziału  
w projekcie w zakresie usług wspierania rodziny

Wypełnia pracownik PCPR	
Data wpływu	
Zgłoszenie nr	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY USŁUGI WSPIERANIA RODZINY

do udziału w projekcie „Codzienne funkcjonowanie to nie wyzwanie!  
Deinstytucjonalizacja usług społecznych, zdrowotnych i pieczy zastępczej  
w gminie Puck i powiecie puckim”

### Część A

Wypełnia kandydat na uczestnika projektu lub opiekun prawny (faktyczny) kandydata.

#### I. WNIOSKUJĘ O OBJĘCIE WSPARCIEM W POSTACI:

usług wspierania rodziny oraz form pieczy zastępczej w powiecie puckim, zgodnie z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie w zakresie usług wspierania rodziny:

- bezpłatny pobyt i opieka w Rodzinnym Domu Dziecka (RDD)
- bezpłatny pobyt i opieka dla 3 dzieci w Zawodowej Rodzinie Zastępczej o charakterze pogotowia rodzinnego (ZRZ-PR)
- bezpłatne szkolenie podstawowe i rozszerzone dla rodziców z RDD i ZRZ-PR
- szkolenie grupowe dla rodzin zastępczych z powiatu puckiego z zakresu diagnostyki i udzielania pomocy dzieciom w pieczy zastępczej
- Superwizja Grupowa dla zawodowych rodzin zastępczych oraz rodziców z RDD
- warsztaty psychoedukacyjne „TUS – Trening umiejętności społecznych” dla rodzin z problemami i niewydołnych wychowawczo
- warsztaty psychoedukacyjne „Szkola dla rodziców” dla rodzin z problemami i niewydołnych wychowawczo

usług wspierania rodziny i jej członków w zakresie przeciwdziałania przemocy i interwencji kryzysowej w powiecie puckim, zgodnie z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie w zakresie usług wspierania rodziny:

Indywidualna pomoc psychologiczna

GRUPA WSPRACIA dla DDD

GRUPA WSPRACIA dla DDA

GRUPA SAMOPOMOCOWA dla DDA i DDD

TRANSPORT DZIECKA Z MIEJSCA INTERWENCJI

**II. DANE PODSTAWOWE** (w przypadku gdy zgłaszamy dziecko do udziału w projekcie, wypełniamy dane dziecka, a dokumenty rekrutacyjne podpisuje rodzin/opiekun prawny).

**nazwisko**

**imię**

**płeć**  **kobieta**  **mężczyzna**

**PESEL / inny identyfikator**

**obywatelstwo**

**data urodzenia**

**telefon kontaktowy**

**adres e-mail**

<b>adres zamieszkania</b>	<b>ulica</b>	
	<b>numer domu/lokalu</b>	
	<b>miescowość</b>	
	<b>kod pocztowy</b>	
	<b>powiat</b>	
	<b>gmina</b>	

**adres do korespondencji**  
(jeśli inny niż adres zamieszkania)

### III. WYKSZTAŁCENIE

**niższe niż podstawowe**

**podstawowe**

**gimnazjalne**

**ponadgimnazjalne**

**wyższe**

<b>IV. STATUS i SYTUACJA KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU, PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEEJ</b>	
<b>STATUS NA RYNKU PRACY*</b>	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA ZGODNIE Z KODEKSEM CYWILNYM*</b>	<input type="checkbox"/> na terenie gminy Puck <input type="checkbox"/> na terenie powiatu puckiego
<b>JESTEM OSOBĄ DOTKNIĘTĄ / ZAGROŻONĄ UBÓSTWEM I WYKLUCZENIEM SPOŁCZNYM<sup>1</sup></b>	<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE
<b>JESTEM CZŁONKIEM RODZINY DOTKNIĘTEJ / ZAGROŻONEJ UBÓSTWEM I WYKLUCZENIEM SPOŁCZNYM</b>	<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE
<p><b><u>Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś twierdząco, proszę zaznaczyć minimum jedną spośród wskazanych poniżej przesłanek zagrożenia/wykluczenia społecznego:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;</li> <li><input type="checkbox"/> osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;</li> <li><input type="checkbox"/> osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;</li> <li><input type="checkbox"/> osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. z 2018 r. poz. 969);</li> <li><input type="checkbox"/> osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2019 r. poz. 1481, z późn. zm.);</li> <li><input type="checkbox"/> osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;</li> </ul>	

<sup>1</sup> Zgodnie z FEP 2021-2027 wsparcie w ramach Działania 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne udzielane jest osobom dotkniętym/zagrożonym ubóstwem i wykluczeniem społecznym oraz ich rodzinom w szczególności: osobom wymagającym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i ich opiekunom, dzieciom umieszczonym w pieczy zastępczej; osobom chorującym przewlekle, osobom starszym, osobom z niepełnosprawnościami, osobom z ograniczoną sprawnością, w tym osobom z niepełnosprawnościami, osobom z problemami zdrowia psychicznego i ich otoczeniu.

- członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;
- osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań tj. osoby:
  - bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach);
  - bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane);
  - z niezabezpieczonym zakwaterowaniem (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą);
  - z nieodpowiednimi warunkami mieszkaniowymi (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania według standardu krajowego, skrajne przeludnienie). Osoby dorosłe mieszkające z rodzicami nie powinny być wykazywane we wskaźniku, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach;
- osoby odbywające kary pozbawienia wolności;
- osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.

<b>JESTEM RODZINĄ ZASTĘPCZĄ</b>	<input type="checkbox"/> TAK: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> zawodowa</li> <li><input type="checkbox"/> niezawodowa</li> <li><input type="checkbox"/> spokrewniona</li> <li><input type="checkbox"/> prowadzący Rodzinny Dom Dziecka</li> </ul> <input type="checkbox"/> NIE
<b>JESTEM KANDYDATEM / KANDYDATKĄ DO PEŁNIENIA FUNKCJI ZAWODOWEJ RODZINY ZASTĘPCZEJ O CHARAKTERZE POGOTOWIA RODZINNEGO</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>JESTEM KANDYDATEM / KANDYDATKĄ DO PROWADZENIA RODZINNEGO DOMU DZIECKA</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Jestem kandydatem/kandydatką do Zawodowej Rodziny Zastępczej o charakterze pogotowia rodzinnego (dziecko)</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Jestem kandydatem/kandydatką do Rodzinnego Domu Dziecka (dziecko)</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>JESTEM OSOBĄ Z PROBLEMAMI ZDROWIA PSYCHICZNEGO</b>	<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE
<b>JESTEM OSOBĄ / RODZINA PO INTERWENCJI KRYZYSOWEJ</b>	<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE

<b>RODZINA NIEWYDOLNA WYCHOWAWCZO Z PROBLEMAMI WYCHOWAWCZYMI</b>	<input type="checkbox"/> TAK*: liczba dzieci z problemami wychowawczymi: ..... <input type="checkbox"/> NIE
<b>Dziecko z rodziny dysfunkcyjnej</b>	<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE
<b>JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI</b>	<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
<b>POSIADAM ORZECZONE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W STOPNIU<sup>2</sup></b>	<input type="checkbox"/> lekkim lub równoważnym <input type="checkbox"/> umiarkowanym lub równoważnym <input type="checkbox"/> znacznym lub równoważnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>JESTEM OSOBĄ O DOCHODZIE PONIŻEJ MINIMUM SOCJALNEGO<sup>3</sup></b>	<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE
<b>JESTEM OSOBĄ OBCEGO POCHODZENIA<sup>4</sup></b>	<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
<b>JESTEM OBYWATELEM PAŃSTWA TRZECIEGO (kraj spoza UE) <sup>5</sup></b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
<b>JESTEM OSOBĄ NALEŻĄCĄ DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ I ETNICZNEJ (W TYM SPOŁECZNOŚCI MARGINALIZOWANEJ TAKICH JAK ROMOWIE) <sup>6</sup></b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
<b>Czy ma Pani/Pan specjalne potrzeby (wynikające np. ze stanu zdrowia, barier, dysfunkcji, wieku itp.) związane z uczestnictwem w projekcie, jeśli tak to jakie?</b> <input type="checkbox"/> TAK .....	

<sup>2</sup> W przypadku zaznaczenia stopnia niepełnosprawności należy dołączyć do formularza dokumenty, o których mowa w Regulaminie rekrutacji i udziału w projekcie udziału w zakresie usług wspierania rodziny w projekcie.

<sup>3</sup> Należy przyjąć kryterium dochodowe zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (na osobę samotnie gospodarującą - 1010 zł lub na osobę w rodzinie – 823 zł).

<sup>4</sup> Osoba obcego pochodzenia to cudzoziemiec - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.

<sup>5</sup> Osoba, która jest obywatelem kraju spoza UE lub bezpaństwowcem zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r. i osoby bez ustalonego obywatelstwa

<sup>6</sup> Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska

.....  
.....  
 **NIE**

**V. OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE**

Oświadczam, że

1. jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie dane zawarte z formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą;
2. zostałem/am poinformowany, że projekt „Codzienne funkcjonowanie to nie wyzwanie! Deinstytucjonalizacja usług społecznych, zdrowotnych i pieczy zastępczej w gminie Puck i powiecie puckim” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027);
3. zapoznałem/am się z regulaminem projektu oraz regulaminem rekrutacji i udziału w zakresie usług wspierania rodziny w projekcie „Codzienne funkcjonowanie to nie wyzwanie! Deinstytucjonalizacja usług społecznych, zdrowotnych i pieczy zastępczej w gminie Puck i powiecie puckim” i akceptuję jego zapisy
4. spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie wskazane w regulaminie rekrutacji i udziału w projekcie w zakresie usług wspierania rodziny;
5. nie uczestniczę w tym samym czasie w innym projekcie finansowanym ze środków publicznych, oferującym tożsame formy wsparcia;
6. zapoznałem/zapoznałam się z informacjami wynikającymi z art. 13 i art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 94/46/WE.

**Miejscowość i data:**

.....

**Czytelny podpis:**

.....

\* W przypadku zaznaczenia TAK, należy dołączyć do formularza dokumenty, o których mowa w Regulaminie rekrutacji i udziału w projekcie w zakresie usług wspierania rodziny.

**DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ, DIECKA LUB OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ (JEŚLI DOTYCZY)**

imię i nazwisko

adres zamieszkania

nr telefonu

adres e-mail

**Część B**

**OCENA ZGŁOSZENIA (wypełnia pracownik socjalny PCPR)**

**SPEŁNIA KRYTERIA FORMALNE**

TAK  NIE

Osoba dotknięta / zagrożona ubóstwem i wykluczeniem społecznym

TAK  NIE

Miejsce zamieszkania: powiat pucki

TAK  NIE

<b>Kryteria dodatkowe - Usługi wspierania rodziny oraz form pieczy zastępczej w powiecie puckim</b>		<b>liczba pkt</b>
Miejsce zamieszkania na terenie gminy Puck (2 pkt)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Osoba po interwencji kryzysowej (2 pkt.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Problemy wychowawcze minimum z 2 dzieci (1pkt)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
<b>Kryteria dodatkowe - Usługi wspierania rodziny i jej członków w zakresie przeciwdziałania przemocy i interwencji kryzysowej w powiecie puckim</b>		
Miejsce zamieszkania na terenie gminy Puck (3 pkt)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Dochód poniżej minimum socjalnego (1 pkt)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
<b>RAZEM LICZBA PRYZNANYCH PUNKTÓW</b>		
<b>Sprawdzono dnia</b>		
<b>Podpis pracownika socjalnego PCPR</b>		