

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do Placówki Wsparcia Dziennego w Szywnałdzie
realizowanego w ramach projektu nr FEMP.06.22-IZ.00-0399/25 współfinansowanego ze środków
Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu
Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021–2027

INFORMACJE WYPEŁNIA CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH W SKRZYSZOWIE	
Data i godzina przyjęcia formularza	
Numer Identyfikacyjny Kandydata/Kandydatki	
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie	

INFORMACJE DLA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

1. Przed wypełnieniem Formularza należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji do Placówki Wsparcia Dziennego w Szywnałdzie realizowanego w ramach projektu nr FEMP.06.22-IZ.00-0399/25
2. Prosimy wypełnić Formularz w wersji elektronicznej lub drukowanymi literami oraz podpisać w sposób czytelny w miejscach do tego wyznaczonych.
3. Wszystkie pola są obowiązkowe.
4. W przypadku gdy dane nie dotyczą dziecka należy wpisać „nie dotyczy”.
5. Nie należy usuwać jakichkolwiek treści niniejszego dokumentu.
6. Wybraną odpowiedź w pytaniach należy zaznaczyć symbolem „X”.
7. Do formularza należy dołączyć wymagane dokumenty wskazane w Regulaminie rekrutacji.
8. Udział w projekcie odbywa się na zasadach równego dostępu bez dyskryminacji, a kryteria rekrutacji wynikają z założeń projektu.
9. Formularz należy spiąć w sposób trwały.
10. Prosimy zachować kopię składanych dokumentów rekrutacyjnych. Oryginał nie podlega zwrotowi.
11. Złożenie formularza nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem dziecka do udziału w projekcie.

I.	DANE DZIECKA	
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Data urodzenia	
4.	Płeć	
5.	PESEL	
6.	Obywatelstwo	
7.	Szkoła	
8.	Klasa	

II.	ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA	
1.	Miejscowość	
2.	Ulica	
3.	Numer domu/lokalu	
4.	Kod pocztowy	
5.	Gmina	
6.	Powiat	
7.	Województwo	

III.	DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO			
		MATKA	OJCIEC	OPIEKUN PRAWNY
1.	Imię			
2.	Nazwisko			
3.	PESEL			
4.	Płeć			
4.	Telefon kontaktowy/ Adres e-mail			
5.	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)			

IV.		KRYTERIA REKRUTACYJNE	
Proszę zaznaczyć właściwe odpowiedzi „X” w odpowiednim polu jeżeli dotyczy	Dziecko zamieszkuje na terenie Gminy Skrzyszów	☐ TAK	
		☐ NIE	
	Dziecko uczęszcza do szkoły podstawowej	☐ TAK	
		☐ NIE	
	Samotne wychowywanie dziecka lub rodzic/opiekun z niepełnosprawnością (5 pkt)	☐ TAK	
		☐ NIE	
	Rodzina wielodzietna - 3 i więcej dzieci (3 pkt)	☐ TAK	
		☐ NIE	
	Trudna sytuacja życiowa (choroba przewlekła w rodzinie, hospitalizacja, uzależnienie, przemoc, interwencja asystenta rodziny) (4 pkt)	☐ TAK	
		☐ NIE	
	Zatrudnienie rodziców w systemie zmianowym (3 pkt)	☐ TAK	
		☐ NIE	
Trudności edukacyjne dziecka – potwierdzone opinią nauczyciela lub pedagoga (4 pkt)	☐ TAK		
	☐ NIE		
	Dochód na osobę w rodzinie - poniżej 150% kryterium zgodnie z przepisami o pomocy społecznej (4 pkt)	☐ TAK	
		☐ NIE	
	Skierowanie przez instytucję - OPS, CUS, sąd rodzinny, szkołę, PCPR	☐ TAK	
		☐ NIE	

V.	Szczególne potrzeby związane z uczestnictwem w projekcie - dotyczy osób niepełnosprawnych, długotrwale chorych	
Rodzaj potrzeb (proszę zaznaczyć „X” w odpowiednim polu jeżeli dotyczy oraz opisać)	Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową ☐ Tak ☐ Nie	Proszę opisać:
	Zapewnienie tłumacza języka migowego ☐ Tak ☐ Nie	
	Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką ☐ Tak ☐ Nie	
	Potrzeba dostosowania posiłków celem	Proszę opisać potrzeby:
	specyficznych potrzeb żywieniowych ☐ Tak ☐ Nie	
	Inne specjalne potrzeby ☐ Tak ☐ Nie	Proszę opisać

VI. SPOSÓB POWIADOMIENIA O WYNIKACH REKRUTACJI

- ☐ telefonicznie
- ☐ e-mail
- ☐ bezpośrednio
- ☐ Inne, jakie?

VII. ZAŁĄCZNIKI

- ☐ Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (jeżeli dotyczy)
- ☐ Kopia opinii/orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej (jeżeli dotyczy)
- ☐ Dokument potwierdzający spełnianie kryteriów rekrutacyjnych (jeżeli dotyczy)
- ☐ Inne

.....

.....

OŚWIADCZENIA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym, w tym wszystkie oświadczenia są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem/am się z zasadami udziału zawartymi w Regulaminie rekrutacji i udziału w projekcie nr FEMP.06.22-IZ.00-0399/25 pn. „Utworzenie Placówki Wsparcia Dziennego w miejscowości Szywnałów” akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa określone w regulaminie i w przypadku zakwalifikowania się do projektu zobowiązuję się do jego bezwzględnego przestrzegania.
3. Deklaruję aktywne uczestnictwo w określonych formach wsparcia, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji, niezwłocznie poinformuję o tym fakcie.
4. Wyrażam zgodę na współpracę z pracownikami Centrum Usług Społecznych w Skrzyszowie oraz podmiotami zaangażowanymi w realizację projektu.
5. Przyjmuję do wiadomości, że wszystkie dokumenty związane z uczestnictwem w projekcie, przekazane do Centrum Usług Społecznych stają się jego własnością i nie mam prawa żądać ich zwrotu.
6. Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu pn. „Utworzenie Placówki Wsparcia Dziennego w miejscowości Szywnałów” ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu „Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027”.

Miejscowość

Data

.....
Podpis rodzica / opiekuna prawnego