Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w formach wsparcia organizowanych przez Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej we Wrocławiu w ramach projektu pn. „Doskonalenie kompetencji kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej”.

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:***„****DOSKONALENIE KOMPETENCJI KADR SYSTEMU WSPIERANIA RODZINY I PIECZY ZASTĘPCZEJ”* PROGRAM OPERACYJNY WIEDZA EDUKACJA ROZWÓJ**

 Oś priorytetowa II *Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji*

Działanie 2.8 *Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym*

*- zakres danych zgodny z załącznikiem nr I do Rozporządzenia Parlame*nt*u Europejskiego i Rady (UE)
nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. U. UE. z 2013 r. L 347/470).*

|  |
| --- |
| **Zgłoszenie do udziału w: „Problematyka interwencji kryzysowej w rodzinie” w dniu 12.02.2021 r.** |
| **DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| 1 | Imię |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | PESEL |  |
| 4 | Płeć |  |
| 5 | Wykształcenie | * niższe niż podstawowe
* podstawowe
* gimnazjalne
* ponadgimnazjalne
* policealne
* wyższe
 |
| **Adres zamieszkania i dane kontaktowe uczestnika** |
| 6 | Kraj |  |
| 7 | Województwo |  |
| 8 | Powiat |  |
| 9 | Gmina |  |
| 10 | Miejscowość zamieszkania |  |
| 11 | Kod pocztowy |  |
| 12 | Ulica |  |
| 13 | Nr budynku |  |
| 14 | Nr lokalu |  |
| 15 | Telefon kontaktowy uczestnika (bezpośredni)  |  |
| 16 | Czy zamieszkujesz obszar wiejski (DEGURBA kategoria 3) |  TAK  NIE |
| 17 | Indywidualny adres e-mail uczestnika(na wskazany adres zostanie przesłana informacja o zakwalifikowaniu). |  |
| **Aktualny status zawodowy / dodatkowe informacje** |
| 18 | Przedstawiciel jednostki wykonującej zadania na poziomie gminy (m.in.: asystent rodziny, pracownik placówki wsparcia dziennego, w tym: kierownik placówki wsparcia dziennego, wychowawca, psycholog, pedagog, osoba prowadząca terapię, opiekun dziecięcy, rodzina wspierająca, inna osoba prowadząca pracę z rodziną lub zajmująca się opieką i pomocą w opiece i wychowaniu dziecka). |  TAK  NIE |
| Przedstawiciel jednostki wykonującej zadania na poziomie powiatu (m.in.: koordynator rodzinnej pieczy zastępczej, pracownik organizatora rodzinnej pieczy zastępczej, pracownik powiatowego centrum pomocy rodzinie, zaangażowany w realizację zadań związanych z organizacją pieczy zastępczej, pracownik placówki opiekuńczo-wychowawczej, w tym: dyrektor placówki opiekuńczo-wychowawczej (lub centrum), w tym również placówki typu rodzinnego, pedagog, psycholog, osoba prowadząca terapię, opiekun dziecięcy, pracownik socjalny, rodzina zastępcza, rodzina adopcyjna, prowadzący rodzinny domy dziecka). |  TAK  NIE |
| Przedstawiciel jednostki wykonującej zadania na poziomie województwa (m.in.: pracownik regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej, interwencyjnego ośrodka preadopcyjnego oraz ośrodka adopcyjnego). |  TAK  NIE |
| Przedstawiciel jednostki wykonującej zadania na poziomie wojewody (pracownik wojewody realizujący zadania z zakresu wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej). |  TAK  NIE |
| Przedstawiciel służb współpracujących i współtworzących system wspierania rodziny i pieczy zastępczej: wymiaru sprawiedliwości, oświaty, służby zdrowia, służb pracujących z dziećmi i rodzinami biologicznymi oraz z osobami sprawującymi pieczę zastępczą i rodzinami adopcyjnymi. |  TAK  NIE |
| 19 | Nazwa pracodawcy - instytucji zgłaszającej *(Zgodnie z umową o pracę, zlecenie, dzieło lub wolontariat)* |  |
| 20 | Zajmowane stanowisko |  |
| 21 | Zakres obowiązków (min. 2 zadania) |  |
| 22 | Łączny staż pracy w instytucjach systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej. |  |
| 23 | Typ instytucji | * Jednostka administracji rządowej,
* Jednostka samorządu terytorialnego (bez szkół i placówek oświatowych),
* Organizacja pozarządowa,
* Ośrodek wsparcia ekonomii społecznej,
* Placówka systemu oświaty,
* Podmiot ekonomii społecznej,
* Prokuratura,
* Sądy powszechne,
* Szkoła,
* Uczelnia lub jednostka organizacyjna uczelni,
* Inne (jakie?) ………………………………………………
 |
| 24 | NIP instytucji  |  |
| 25 | Powiat |  |
| 26 | Gmina |  |
| 27 | Miejscowość |  |
| 28 | Ulica |  |
| 29 | Nr budynku |  |
| 30 | Numer lokalu |  |
| 31 | Kod pocztowy |  |
| 32 | Telefon kontaktowy (bez zera z przodu)  |  |
| 33 | e-mail |  |
| 34 | Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | * Osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy.
* Osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy.
* Osoba bierna zawodowo.
* Osoba pracująca.
 |
| 35 | Obszar zatrudnienia | * Osoba pracująca w administracji rządowej.
* Osoba pracująca w administracji samorządowej.
* Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie.
* Osoba pracująca w MMŚP.
* Osoba pracująca w organizacji pozarządowej.
* Osoba prowadząca działalność na własny rachunek.
 |
| 36 | Sytuacja społeczna:*Proszę zaznaczyć odpowiedź/odpowiedzi, które odnoszą się do Pani/a sytuacji społecznej.* | * Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia.
* Osoba z niepełnosprawnościami.
* Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej. (za osobę w innej niekorzystnej sytuacji społecznej uznaje się: osobę z wykształceniem niższym niż podstawowe (ISCED 0), byłego więźnia, narkomana, osobę bezdomną lub wykluczoną z dostępu do mieszkań)
* Żadne z powyższych.
 |
| 37 | Specjalne potrzeby: | * Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową? Jeśli TAK, proszę opisać jakie:………………………………………………….…… ……………………………………………….………
* Zapewnienie tłumacza języka migowego?
* Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką?
* Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych?

Jeśli TAK, proszę opisać jakie:…………………………………………………….………………………………………………………….* Inne specjalne potrzeby? Jeśli TAK, proszę opisać jakie:

……………………………………………………… |
| Uzasadnienie potrzeby wzięcia udziału *(maksymalnie 500 znaków):* |
| **Oświadczenia** |
| 1. Ja, niżej podpisana/y, deklaruję uczestnictwo w Projekcie pn. „Doskonalenie kompetencji kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej" realizowanym w ramach Działania 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności grupy docelowej uprawniające do udziału w Projekcie.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem uczestnictwa w formach wsparcia organizowanych przez Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej we Wrocławiu w ramach projektu pn. „Doskonalenie kompetencji kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej”, akceptuję jego warunki i zobowiązuję się do stosowania Regulaminu.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z Oświadczeniem uczestnika projektu (Załącznik nr 2 do Regulaminu uczestnictwa w formach wsparcia organizowanych przez Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej we Wrocławiu w ramach projektu pn. „Doskonalenie kompetencji kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej”) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej we Wrocławiu w ramach PO WER, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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.
5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku do celów związanych z realizacją Projektu. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, że fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas realizacji Projektu mogą być zamieszczone na Stronie internetowej DOPS oraz wykorzystane w materiałach drukowanych.
6. Jestem świadoma/y, że złożenie Dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
7. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
8. Oświadczam, iż nie otrzymywałam/em oraz nie otrzymuję wsparcia z innych źródeł w zakresie tożsamym lub zbliżonym do możliwego do otrzymania w ramach Projektu pn. „Doskonalenie kompetencji kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej” realizowanego w ramach II. Osi Priorytetowej Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działania 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, które spowodowałoby podwójne finansowanie wydatków.
9. Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajanie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

**Data Podpis osoby zgłaszającej się**………………………… ……………………………… |
| Wyrażam zgodę na uczestnictwo Pani/a …………………………………………………………w formach wsparcia organizowanych w ramach projektu pn.: *„Doskonalenie kompetencji kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej”*.Oświadczam, iż ww. osoba jest pracownikiem…………………………………………………………………….. (nazwa instytucji).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Podpis i pieczęć imienna przełożonego** | ............................................................................................................ | ............................................... **Pieczęć instytucji**………………………….. |

 |