



**Załącznik nr 1A**  
*do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*  
*„Wspieramy i usamodzielniamy – rozwój rodzinnej pieczy zastępczej w Kielcach”*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY  
DLA DZIECI I MŁODZIEŻY Z RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ/  
RODZINNEGO DOMU DZIECKA**

Data wpływu .....Godz. ....
Nr identyfikacji .....

**I. Dane dziecka**

1.	Imię	.....
2.	Nazwisko	.....
3.	PESEL	.....
4.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
5.	Wiek	.....
6.	Data i miejsce urodzenia	.....
7.	Obywatelstwo	.....
8.	Adres zamieszkania/przebywania	Miejscowość: ..... Ulica: ..... Nr domu..... nr lokalu: ..... Kod pocztowy: .....
	Telefon kontaktowy	.....
	Adres e-mail	.....
9.	Czy dziecko jest osobą obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
10.	Czy dziecko jest obywatelem krajów trzecich (kraju spoza UE)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
11.	Czy dziecko jest osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
12.	Czy dziecko jest osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



13.	Czy dziecko jest osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej?	A. Czy jest osobą z niepełnosprawnościami? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji  <i>Weryfikacja – dokument potwierdzający niepełnosprawność wydany przez właściwy organ orzekający</i>
		B. Czy jest osobą z niepełnosprawnością sprzężoną? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji  <i>Weryfikacja – dokument potwierdzający niepełnosprawność wydany przez właściwy organ orzekający</i>
14.	Dziecko przebywające w rodzinie zastępczej/rodzinnym domu dziecka na terenie gminy Kielce?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja – dokument potwierdzający umieszczenie dziecka w pieczy zastępczej</i>
15.	Dziecko pochodzące z Kielce przebywające w RDD lub rodzinie zastępczej zawodowej pełniącej funkcję pogotowia rodzinnego znajdujących się na terenie KOF OSI z Gmin: Jędrzejów, Sobków, Szydłów, Łopuszno z zawartą umową na świadczenie usług z zakresu pieczy zastępczej z Prezydentem Miasta Kielce	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja – dokument potwierdzający umieszczenie dziecka w pieczy zastępczej</i>
16.	Czas przebywania dziecka w pieczy zastępczej	.....lat.....miesiące
17.	Oświadczam, że dziecko obecnie nie korzysta z tego samego wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

## II. Oświadczenia:

1.	Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 17) przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że podane przeze mnie w formularzu rekrutacyjnym dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
2.	Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie, nie zgłaszam do niego zastrzeżeń i zobowiązuję się przestrzegać jego postanowień.

3.	Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
4.	Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o dofinansowaniu projektu pn. „Wspieramy i usamodzielniamy – rozwój rodzinnej pieczy zastępczej w Kielcach” ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027.
5.	Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że udział w projekcie jest bezpłatny.
6.	Przyjmuję do wiadomości, że złożenie formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne z przyjęciem dziecka do uczestnictwa w projekcie.
7.	Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że po zakwalifikowaniu dziecka do projektu otrzymuje ono status uczestnika projektu w dniu otrzymania pierwszej formy wsparcia.
8.	Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o prawie dostępu do danych osobowych oraz ich poprawiania i przetwarzania przez administratora danych osobowych - Zarząd Województwa Świętokrzyskiego z siedzibą w Kielcach, al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce, pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 oraz Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Kielcach ul. Studzienna 2, 25-544 Kielce będący Beneficjentem projektu.
9.	Oświadczam, że udzielam Miejskiemu Ośrodkowi Pomocy Rodzinie w Kielcach, nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć, filmów itp. nośników informacji z wizerunkiem dziecka w ramach realizacji projektu bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystywanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, filmów itp. za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu realizacji projektu.
10.	Oświadczam, że dobrowolnie deklaruję udział dziecka w projekcie.

Kielce, dnia.....

.....  
(opiekuna prawnego )

### III. Wymagane załączniki

Nazwa załącznika	Wypełnia pracownik MOPR	
	tak	nie dotyczy
<b>1. Dokumenty osoby wypełniającej formularz</b>		
1. Kserokopia* dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub dokument równoważny)		
2. Kserokopia* dokumentu potwierdzającego możliwość reprezentowania dziecka		
3. Kserokopia* dokumentu potwierdzającego umieszczenie dziecka w pieczy zastępczej		
4. Załącznik Nr 3 – Ankieta potrzeb/usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami		
5. Załącznik Nr 4 – Formularz klauzuli informacyjnej IZ		
6. Załącznik Nr 5 – Formularz klauzuli informacyjnej Beneficjenta		
7. Załącznik Nr 6 – Deklaracja uczestnictwa w projekcie		
<b>2. Dodatkowo w przypadku dzieci pochodzących z Kielc z RDD i 1 rodziny zastępczej zawodowej pełniącej funkcję pogotowia rodzinnego znajdujących się na terenie KOF OSI z Gmin: Kielce, Jędrzejów, Sobków, Szydłów, Łopuszno</b>		
8. Kserokopia* umowy na świadczenie usług z zakresu pieczy zastępczej z Prezydentem Miasta Kielce		



Fundusze Europejskie  
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Data i podpis pracownika Biura Projektu	
---	--

*\*Kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną (np. notariusza) lub oryginał przedłożony do wglądu i poświadczony przez pracownika MOPR*