



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

**FORMULARZ REKRUTACYJNY
DLA DZIECI I MŁODZIEŻY Z INSTYTUCJONALNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ**

Data wpływuGodz.
Nr identyfikacji

I. Dane osobowe

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 należąca 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?	<p>A. Czy dziecko jest osobą z niepełnosprawnościami?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p> <p><i>Weryfikacja – dokument potwierdzający niepełnosprawność wydany przez właściwy organ orzekający (orzeczenie, orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego/o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych)</i></p> <p>B. Czy dziecko jest osobą z niepełnosprawnością sprzężoną?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p> <p><i>Weryfikacja – dokument potwierdzający niepełnosprawność wydany przez właściwy organ orzekający (orzeczenie, orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego/o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych)</i></p>
14.	Czy dziecko przebywa w instytucjonalnej pieczy zastępczej?	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p><i>Weryfikacja – dokument potwierdzający umieszczenie dziecka w pieczy zastępczej</i></p>
15.	Czas przebywania dziecka w pieczy zastępczejlat.....miesiący
16.	Oświadczam, że dziecko obecnie nie korzysta z tego samego wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>

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 status uczestnika projektu w dniu otrzymania pierwszej formy wsparcia.
8.	Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o prawie dostępu 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 zatwierdzenia. 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.....

.....

(podpis kandydata/opiekuna prawnego)

III. Załączniki wymagane od Klienta

Nazwa załącznika	Wypełnia pracownik MOPR	
	tak	nie dotyczy
1. 1. Dokumenty osoby wypełniającej formularz		
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		
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