



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

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**  
**DLA RODZICÓW ZASTĘPCZYCH/PROWADZĄCYCH RODZINNE DOMY DZIECKA**

Data wpływu .....Godz. ....
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 jesteś osobą obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
10.	Czy jesteś obywatelem krajów trzecich (kraju spoza UE)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
11.	Czy jesteś 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 jesteś osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



13.	Czy jesteś osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej?	<p>A. Czy jesteś osobą z niepełnosprawnościami?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Jeśli tak, to jaki masz stopień niepełnosprawności?</p> <p><input type="checkbox"/> Znaczny/I grupa inwalidzka</p> <p><input type="checkbox"/> Umiarkowany/II grupa inwalidzka</p> <p><input type="checkbox"/> Lekki/III grupa inwalidzka</p> <p><i>Weryfikacja – dokument potwierdzający niepełnosprawność wydany przez właściwy organ orzekający</i></p> <hr/> <p>B. Czy jesteś osobą z niepełnosprawnością sprzężoną?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><i>Weryfikacja – dokument potwierdzający niepełnosprawność wydany przez właściwy organ orzekający</i></p>
14.	Czy posiadasz status opiekuna w rodzinnej pieczy zastępczej?	<p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><i>Weryfikacja – dokument potwierdzający status opiekuna w rodzinnej pieczy zastępczej</i></p>
15.	Czy jesteś opiekunem 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	<p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><i>Weryfikacja – dokument potwierdzający status opiekuna w rodzinnej pieczy zastępczej</i></p>
16.	Czas pełnienia roli opiekuna w rodzinnej pieczy zastępczej	.....lat.....miesiące
17.	Oświadczam, że obecnie nie korzystam z tego samego wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus	<p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><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 mnie do uczestnictwa w projekcie.
7.	Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że po zakwalifikowaniu mnie do projektu otrzymuję 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 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 w projekcie.

Kielce, dnia.....

.....  
(podpis kandydata/opiekuna prawnego )

### III. Załączniki wymagane od Klienta

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 status opiekuna w rodzinnej pieczy zastępczej		
3. Załącznik Nr 3 – Ankieta potrzeb/usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami		
4. Załącznik Nr 4 – Formularz klauzuli informacyjnej IZ		
5. Załącznik Nr 5 – Formularz klauzuli informacyjnej Beneficjenta		
6. Załącznik Nr 6 – Deklaracja uczestnictwa w projekcie		
<b>2. Dodatkowo w przypadku opiekunów 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		



Fundusze Europejskie  
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

zastępczej z Prezydentem Miasta Kielce		
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*