



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

FORMULARZ REKRUTACYJNY
DLA USAMODZIELNIANYCH WYCHOWANKÓW 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 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 jesteś pełnoletnim wychowankiem pieczy zastępczej? | <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><i>Weryfikacja – dokument potwierdzający posiadanie statusu pełnoletniego wychowanka pieczy zastępczej</i></p> |
| 15. | Czas przebywania w pieczy zastępczej |lat.....miesiące |
| 16. | 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 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 w projekcie. |

Kielce, dnia.....

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

III. Załączniki wymagane od Klienta

| Nazwa załącznika | Wypełnia pracownik MOPR | |
|---|-------------------------|-------------|
| | tak | nie dotyczy |
| 1. Dokumenty osoby wypełniającej formularz | | |
| 1. Kserokopia* dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub dokument równoważny) | | |
| 2. Kserokopia* dokumentu potwierdzającego posiadanie statusu pełnoletniego wychowanka 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 | | |
| 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*