

Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu „Pomagamy na niebiesko II”
na okres - Od 10.2021-do 07.2022 (z możliwością przedłużenia)

realizowanego w ramach Osi Priorytetowej VI Integracja, Działania 6.2 Usługi społeczne,
Poddziałania 6.2.2 Rozwój usług społecznych

CZĘŚĆ A

Realizator projektu:	Malborska Fundacja Rozwoju Regionalnego
Partner Projektu:	Specjalny Ośrodek Rewalidacyjno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem z siedzibą w Malborku
Tytuł projektu:	Pomagamy na niebiesko II
Nr projektu:	RPPM.06.02.02-22-0090/20

Dane uczestnika:			
Imię (imiona):			
Nazwisko:			
Pesel:		Miejsce urodzenia:	
Płeć: (proszę zaznaczyć znakiem X)	<input type="checkbox"/> kobieta		<input type="checkbox"/> mężczyzna

Dane przedstawiciela ustawowego (należy podać wszystkich przedstawicieli ustawowych)	
Imię (imiona):	
Nazwisko:	
telefon	
Miejsce Pracy:	
Godziny pracy:	
Imię (imiona):	
Nazwisko:	

telefon	
Miejsce pracy:	
Godziny pracy:	

Dane kontaktowe:			
Województwo:			
Powiat: (proszę zaznaczyć znakiem X)			
Gmina:			
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Ulica:			
Nr domu:		Nr lokalu:	
Kryteria rekrutacji: (proszę zaznaczyć znakiem X)			
Status uczestnika projektu	<input type="checkbox"/> wiek od 3 do 18lat <input type="checkbox"/> posiadanie orzeczenia o zaburzeniach ze spektrum autyzmu <input type="checkbox"/> zamieszkanie na terenie powiatu: malborskiego lub sztumskiego		
Inne istotne informacje. Co skłoniło Panią/Pana żeby rozpocząć diagnozowanie dziecka?			

Status kandydata w chwili przystąpienia do projektu:	
Jest osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
Jest osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jest osobą z niepełnosprawnościami (dane wrażliwe).	<input type="checkbox"/> tak
Jest osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej* (dane wrażliwe) *Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej należą: - osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będące poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1 - byli więźniowie, - narkomani, - osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, - osoby z obszarów wiejskich (3 wg klasyfikacji DEGURBA).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji

CZĘŚĆ B

Ja niżej podpisana/y zobowiązuję się do przestrzegania zapisów regulaminu **REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „POMAGAMY NA NIEBIESKO II” z dnia 02.09.2021**

.....
data, czytelny, odręczny podpis imieniem i nazwiskiem przedstawiciela ustawowego

Świadoma/y odpowiedzialności za składanie fałszywych danych, oświadczam, że dane podane w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.

.....
data, czytelny, odręczny podpis imieniem i nazwiskiem przedstawiciela ustawowego

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że, uczestniczy/nie uczestniczy¹ w dodatkowych zajęciach poza Specjalnym Ośrodkiem Rewalidacyjno-Wychowawczym dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem w Malborku

.....
data, czytelny, odręczny podpis imieniem i nazwiskiem przedstawiciela ustawowego

¹ Nie właściwie skreślić

Wyrażam zgodę na udział.....

- w diagnozach/konsultacjach w ramach projektu zarekomendowanych przez Radę Programową w Indywidualnym Planie Terapeutycznym
- w superwizjach i/lub wsparciu psychologiczno-terapeutycznym w ramach projektu

.....
data, czytelny, odręczny podpis imieniem i nazwiskiem przedstawiciela ustawowego

Oświadczam, że jestem świadomy iż, nie zaakceptowanie zapisów IPT w zakresie oferowanych form wsparcia powoduje brak możliwości realizacji poszczególnych form wsparcia i może skutkować skreśleniem z listy uczestników projektu

.....
data, czytelny, odręczny podpis imieniem i nazwiskiem przedstawiciela ustawowego

OŚWIADCZENIA- wypełniane gdy osoba uczestniczy w innych formach wsparcia.

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a.....
(adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym:.....

wydanym przez:

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 kodeksu karnego13

Oświadczam, że, uczestniczy w dodatkowych zajęciach poza Specjalnym Ośrodkiem Rewalidacyjno-Wychowawczym dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem w Malborku

Prosimy o ich dokładne wymienienie(rodzaj zajęć /ilość godzin w tygodniu):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
data, czytelny, odręczny podpis imieniem i nazwiskiem przedstawiciela ustawowego