

Adres zamieszkania zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu

Miejscowość			
Ulica		Nr domu/Nr lokalu	
Kod pocztowy		Poczta	
Gmina		Powiat	
Województwo		E-mail	
Telefon stacjonarny		Telefon komórkowy	

II. Status osoby chętnej do udziału w projekcie (zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem EFS i EFRR na lata 2014-2020, cz. II można spisać z pracownikiem socjalnym):

osoba korzystająca z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
osoba o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
osoba nieletnia wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
osoba przebywająca w młodzieżowym ośrodku wychowawczym i młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o której mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Osoby z niepełnosprawnością – osoby w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet, mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020, uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem EFS w obszarze edukacji na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

członek gospodarstwa domowego sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
osoby odbywające kary pozbawienia wolności	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
OSOBY W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Jeśli tak – jakiej ? (np. uzależnienia, przemoc, problemy wychowawcze, samotne rodzicielstwo, konflikty w rodzinie, wady wymowy, problemy zdrowotne m.in. konieczność zapewnienia sąsiedzkich usług opiekuńczych, rehabilitacji, konsultacji dietetycznych itp.)		

III. Sytuacja dochodowa rodziny

Źródło dochodu*	Kwota/ łączna suma dochodów

Za dochód przyjmuje się sumę miesięcznych dochodów osób w rodzinie z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania tj. sumę przychodów pomniejszoną o składki na ubezpieczenie zdrowotne, społeczne, podatek. Do dochodu nie wlicza się świadczeń wychowawczych (św. 500+) lub świadczeń przyznanych w ramach programu „Dobry Start”

IV. Poziom motywacji do udziału w projekcie

Proszę zakreślić kółkiem liczbę, która określa poziom Pana/Pani motywacji do działań na rzecz aktywnego rozwoju osobistego (np. do podniesienia kompetencji, czy umiejętności własnych), gdzie 1 oznacza poziom bardzo niski, 5 bardzo wysoki

1	2	3	4	5
5pkt	5pkt	5pkt	5pkt	5pkt

V. Oświadczenie osoby chętnej do udziału w projekcie

<input type="checkbox"/> Przyjmuję do wiadomości, że złożenie Formularza zgłoszeniowego do projektu „Centrum Wsparcia Inicjatyw Społecznych” nie jest jednoznaczne z przyjęciem mnie do projektu w charakterze Uczestnika/Uczestniczki.
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że nie uczestniczę w innych projektach współfinansowanych przez Europejski Fundusz Społeczny.

Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z Regulaminem rekrutacji w projekcie „Centrum Wsparcia Inicjatyw Społecznych”

Oświadczam, że deklaruję swój udział w niniejszym projekcie, w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.

Dane zawarte w oświadczeniu zgodne są ze stanem prawnym i faktycznym. Zostałam/em/ poinformowana/y/ o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1,2 ustawy z dnia 06 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88 z 1997r., poz. 553 z późn. zm.)- za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę luba zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”

Po wypełnieniu Formularza zgłoszeniowego prosimy skontaktować się z pracownikiem socjalnym MOPS w Knurowie, w celu ustalenia daty wywiadu środowiskowego.

Kontakt pod numerem telefonicznym : 32/335 50 00 lub osobiście w siedzibie MOPS w Knurowie, ul. Kozielka 2/ Centrum Wsparcia Inicjatyw Społecznych w Knurowie, ul. Dworcowa 33

W przypadku braku kontaktu w tej sprawie lub braku zgody na przeprowadzenie wywiadu środowiskowego, wniosek przez Komisję rekrutacyjną nie zostanie rozpatrzony.

.....
Data wypełnienia

.....
Podpis kandydata lub opiekuna