

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
„KROK NAPRZÓD” FESL.07.07-IZ.01-0377/23**

Dane podstawowe

Imię (imiona).....
Nazwisko.....
Płeć (zaznaczyć krzyżykiem) ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
Data urodzenia..... PESEL

Wykształcenie status na rynku pracy (miejsce pracy)

Adres zamieszkania

Ulica..... Nr domu..... Nr lokalu.....
Miejscowość..... Kod pocztowy

Województwo.....

Dane kontaktowe

Telefon domowy..... Telefon komórkowy.....
Adres poczty elektronicznej

Dane dodatkowe – dot. osób do 18 rż

Rodzaj szkoły (przedszkole, podstawowa, ponadpodstawowa)
Nazwa szkoły:

Inne uwagi:

Status uczestnika – Zgodnie z par. 4 Regulaminu uczestnictwa w projekcie*

- ☐ osoby z rodzin przeżywających trudności opiekuńczo – wychowawcze objęte usługą asystenta rodziny,
- ☐ osoby z rodzin w kryzysie,
- ☐ dzieci wymagające szczególnego wsparcia ze względu na diagnozę w zakresie spektrum autyzmu, niepełnosprawności sprzężonej, intelektualnej oraz ruchowej,
- ☐ personel projektu,
- ☐ inne osoby których udział w projekcie jest niezbędny do skutecznego wsparcia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym wolontariusze.

* zaświadczenia potwierdzające przynależność do grup docelowych (np. zaświadczenie z MOPS, OIK, orzeczenia o niepełnosprawności, orzeczenia/opinie PPP)



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Informacje dodatkowe

- ☐ rodziny korzystające z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027
- ☐ rodziny korzystające z pomocy społecznej w ostatnich 2 latach
- ☐ rodziny wielodzietne
- ☐ dziecko umieszczone w pieczy zastępczej

Formy wsparcia

Deklaruję chęć skorzystania z następujących form wsparcia *:

- ☐ Psychoterapię rodzinną
- ☐ Psychoterapię indywidualną
- ☐ Warsztaty Rodzic w Centrum
- ☐ Warsztaty Dziecko w Centrum
- ☐ Trening regulacji emocji
- ☐ Trening umiejętności społecznych (opinia specjalistów np. PPP)
- ☐ terapia SI (opinia specjalistów np. PPP)
- ☐ zajęcia logopedyczne (zalecenia z opinii PPP, wskazania do terapii logopedycznego)
- ☐ wycieczki integracyjno-edukacyjne
- ☐ wyjazd terapeutyczny
- ☐ grupa wsparcia
- ☐ szkolenia podnoszące kompetencje dla personelu projektu

Informacje dodatkowe

1. Oświadczam, że poinformuję MOPS w Mysłowicach o każdej zmianie mojego statusu mającego wpływ na kwalifikacje do projektu.
2. Oświadczam, że w tym samym czasie nie korzystam z takich samych form wsparcia jednocześnie w żadnym innym projekcie współfinansowanym przez Europejski Fundusz Społeczny.
3. Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną

☐ TAK

☐ NIE

4. W przypadku dodatkowych potrzeb organizacyjnych wynikających z niepełnosprawności prosimy o podanie poniżej takiej informacji:

.....

.....

Data i podpis ¹

* zaznaczyć właściwe

¹ W przypadku jeśli karta zgłoszeniowa dotyczy osoby małoletniej powinna zostać podpisana przez osobę sprawującą opiekę.



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie