Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**Formularz zgłoszeniowy do projektu: Razem SuperMocni!**

 **Dane osoby zgłaszającej się do projektu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane identyfikacyjne****osoby zgłaszającej się do udziału w projekcie** | 1 | Obywatelstwo |  |
| 2 | Imię |  |
| 3 | Nazwisko |  |
| 4 | PESEL |  |
| 5 | Wykształcenie |  podstawowe, gimnazjalne (ISCED 0-2) średnie II stopnia: zawodowe, średnie, średnie zawodowe (ISCED 3)  policealne (ISCED 4) wyższe (ISCED 5-8) |
| **Dane kontaktowe**  | 1 | Gmina |  |
| 2 | Miejscowość |  |
| 3 | Ulica |  |
| 4 | Nr budynku |  |
| 5 | Nr lokalu |  |
| 6 | Kod pocztowy |  |
| 7 | Telefon  |  |
| 8 | Adres e-mail (jeśli jest) |  |
| **Status osoby zgłaszającej się do projektu** (Właściwe zakreślić) | 1 | Osoba obcego pochodzenia | Tak/Nie |
| 2 | Osoba z krajów trzecich | Tak/Nie |
| 3 | Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie | Tak/Nie |
| 4 | Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | Tak/Nie |
| 5 | Osoba z niepełnosprawnościami | Tak/Nie |
| 6. | Osoba opuszczające placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej | Tak/Nie |
| 7. | Osoba przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą | Tak/Nie |
| 8. | Osoba korzystająca z pomocy społecznej | Tak/Nie |
| 9. | Żadne z powyższych | Tak/Nie |
| 10. | Odmowa udzielenia odpowiedzi | Tak/Nie |
| **Status osoby na rynku pracy** **w chwili przystąpienia do projektu** | 1 | Osoba ucząca się | Tak/Nie Podać nazwę szkoły:……………………………….. |
| 2 | Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy | Tak/Nie |
| 3 | Osoba bezrobotna nie zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy | Tak/Nie |
| 4 | Osoba bierna zawodowo | Tak/Nie |
| 5 | Osoba pracująca, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek | Tak/Nie Podać nazwę zakładu pracy …………………………………. |
| **Oferta wsparcia** | 1 | Zaplanowano n/w działania:a) Diagnozy specjalistyczne, wielkokierunkowe z uwagi na występujące zaburzenia,b) Wsparcie specjalistyczne/terapeutyczne dla dziecka po diagnozie,c) Pomoc w nauce zgodnie z potrzebami,d) Wsparcie asystenta/asystentki dla dziecka z niepełnosprawnością w placówce opiekuńczo-wychowawczej,e) Wsparcie w procesie usamodzielnienia w formie warsztatów, treningów oraz nauki samodzielności w mieszkaniu treningowym,f) Utworzenie grupy wsparcia dla nastolatek i nastolatków,g) Wsparcie mentora,h) Organizacja wypoczynku dla dzieci z rodzin zastępczych,i) Wsparcie osoby wspierającej rodziny,j) Piknik rodzicielstwa zastępczego,k) Szkolenie dla rodzin zastępczych. |

**Do formularza proszę dołączyć, jeśli dotyczy:**

1. **orzeczenie o niepełnosprawności** (w biurze projektu zostanie wykonana kopia dokumentu),

……………….……, dn. .................. …….........................................................

 (miejscowość) (data) (czytelny podpis osoby zgłaszającej się\*)

\*W przypadku osoby niepełnoletniej dokumenty podpisuje rodzic/opiekun prawny.

**Uwagi kandydatów/kandydatek z niepełnosprawnością związane z potencjalnym uczestnictwem w projekcie umożliwiające udział na takich samych warunkach jak inni uczestnicy/inne uczestniczki projektu** (załącznik nie jest obowiązkowy).

|  |
| --- |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnością** |
| ⬜ Tak | ⬜ Nie |
| **Niepełnosprawność potwierdzona:** |
| ⬜ Orzeczenie |  ⬜ Inny dokument  |
| **Czy ma Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie?** *(*można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź): |
| ⬜ przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych⬜ alternatywne formy materiałów (np. z użyciem alfabetu Braille`a itp.)⬜ zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie⬜ zapewnienie tłumacza języka migowego⬜ inne: ……………………………………………………………………………… . |
| **Jakie trudności ma Pan/ Pani ze względu na swoją niepełnosprawność?** (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź): |
| ⬜ samodzielne poruszanie się⬜ czytanie i rozumienie tekstu⬜ komunikowanie się z otoczeniem⬜ trudności emocjonalne⬜ inne…………………………………………………………………………………⬜ nie mam |
| **Czy będzie Panu/Pani potrzebna osoba (asystent/asystentka), która pomoże podczas udziału we wsparciu oferowanym w projekcie?** (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź): |
| ⬜ podczas przemieszczania się (np. do miejsca szkolenia i z powrotem),⬜ w komunikowaniu się z otoczeniem,⬜ w tłumaczeniu na język migowy,⬜ w nauce,⬜ w zastępczej opiece nad osobą z niepełnosprawnością (w tym dzieckiem/dziećmi),⬜ inne……………………………………………………………………………………⬜ nie potrzebuję |

…………..…………. dn. ..................... ……..........................................................

(miejscowość) (data) (czytelny podpis osoby zgłaszającej się\*)

\*W przypadku osoby niepełnoletniej dokumenty podpisuje rodzic/opiekun prawny.