

Formularz rekrutacyjny

dla projektu pn. **Profilaktyka, wsparcie, pomoc – rozszerzenie usług społecznych świadczonych przez Wodzisławską Placówkę Wsparcia Dziennego Dziupła** realizowanym przez Miasto Wodzisław Śląski oraz Wodzisławską Placówkę Wsparcia Dziennego „Dziupła” ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, w ramach Osi Priorytetowej IX Włączenie społeczne Działania 9.2 Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych – RIT Subregion Zachodni RPO WSL 2014-2020

proszę o wypełnienie tylko białych pól

	Lp.	Nazwa	
Dane uczestnika	1	Imię	
	2	Nazwisko	
	3	PESEL	
	4	Kraj	
	5	Rodzaj uczestnika	
	6	Nazwa Instytucji	
	7	Płeć	
	8	Data urodzenia	
	9	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
	10	Wykształcenie	
Dane kontaktowe uczestnika	11	Kraj	
	12	Województwo	
	13	Powiat	
	14	Gmina	
	15	Miejscowość	
	16	Ulica	
	17	Nr budynku	
	18	Nr lokalu	
	19	Kod pocztowy	
	20	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	
	21	Telefon kontaktowy	
	22	Adres e-mail	
Szczegóły i rodzaj wsparcia	23	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
	24	Data zakończenia udziału w projekcie	

	25	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu		
	26	Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia		
	27	Wykonywany zawód		
	28	Zatrudniony w		
	29	Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie		
	30	Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie		
	31	Inne rezultaty dotyczące osób młodych		
	32	Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa		
	33	Rodzaj przyznanego wsparcia		
	34	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu		
	35	Data zakończenia udziału we wsparciu		
	36	Data założenia działalności gospodarczej		
	37	Kwota przyznaných środków na założenie działalności gospodarczej		
	38	PKD założonej działalności gospodarczej		
	Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	39	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	TAK / NIE*
		40	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK / NIE*
		41	Osoba z niepełnosprawnościami	TAK / NIE*
		42	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	TAK / NIE*
43		Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Priorytetów Programu Operacyjnego Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020 / Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu		

* prawidłową odpowiedź należy pozostawić nieprzekreśloną

Po konsultacji z koordynatorem ds. społecznych projektu wnioskuję o objęcie mojego dziecka wsparciem w następującym zakresie*:

Rodzaj wsparcia	
Asystentura rodzinna	
Poradnictwo prawne	
Animacja społeczno-kulturalna	
Pedagog rodzinny	
Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci – problem uzależnień	
Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci – zaburzenia zachowania	
Wolontariat senioralny	
Warsztaty poprawiające umiejętności prowadzenia gospodarstwa domowego	
Profilaktyka zdrowia psychicznego – warsztaty dla rodziców	
Instytucja rodzin wspierających	
Zajęcia z języka niemieckiego	
Zajęcia z języka czeskiego	
Komunikacja bez przemocy	

*należy postawić X przy wybranej formie wsparcia

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA
PROJEKTU*

* Podpis rodzica/opiekuna prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej