

FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA DO PROJEKTU PN. „NAWIGATOR SAMODZIELNOŚCI”.

Nr projektu: RPZP.07.06.00-IP.02-32-K28/17

Oś Priorytetowa VII: *Włączenie społeczne.*

Działanie 7.6: *Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym.*

Cel szczegółowy: *Zwiększenie dostępności usług społecznych w szczególności usług środowiskowych, opiekuńczych oraz usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej dla osób zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym.*

INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA FORMULARZA

Wszystkie pola w formularzu muszą być wypełnione. Należy wypełniać tylko pola nieoznaczone kolorem.

Celem umożliwienia weryfikacji danych zawartych w formularzu, należy obowiązkowo wskazać numer telefonu i adres e-mail.

*Należy wstawić znak „x” we właściwym polu.

W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej, oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

CZĘŚĆ A (wypełnia uczestnik)

Nazwisko:					Imię:				
Kraj:	Polska				Obywatelstwo:				
Data urodzenia - (RRRR-MM-DD)					-			-	
PESEL:									
Wykształcenie*:	☐ Niższe niż podstawowe *				☐ Podstawowe *				☐ Gimnazjalne*
☐ Policealne *		☐ Ponadgimnazjalne *				☐ Wyższe *			
Status na rynku pracy		☐ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji Powiatowego Urzędu Pracy *				☐ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji Powiatowego Urzędu Pracy *			
		☐ Osoba bierna zawodowo *				☐ w tym: ucząca się *			
Zatrudniony w (miejsce pracy):									
Forma zatrudnienia: umowa o pracę, umowa o charakterze cywilno-prawnym (zlecenie, dzieło)									
Wykonywany zawód (stanowisko):									
Dane kontaktowe – miejsce zamieszkania:									
Ulica:				Nr domu:				Nr mieszkania:	
Miejscowość:				Powiat:				Gmina:	
Województwo:	Zachodniopomorskie			Kod pocztowy:					-
Tel.:				e-mail:					

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Szczecinie pn.: „Nawigator Samodzielności”, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Działania 7.6 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020: Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie pn.: „Nawigator Samodzielności”.

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie.

Oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
(data i czytelny podpis uczestnika projektu)

.....
data i czytelny podpis opiekuna prawnego (jeśli dotyczy)

CZĘŚĆ B – OCENA MERYTORYCZNA UCZESTNIKA PROJEKTU
(wypełnia podmiot realizujący projekt)

Ocena merytoryczna udziału w projekcie winna być przeprowadzona wyłącznie względem uczestników spełniających kryteria kwalifikowalności udziału w projekcie (na podstawie części A i B formularza).

W sytuacji, gdy uczestnik nie spełnia kryteriów kwalifikowalności udziału w projekcie, część C pozostaje niewypełniona.

Dokonana ocena merytoryczna, winna uwzględniać badanie trwałości i adekwatności planowanego wsparcia.

W tym celu należy dokonać oceny, m.in. poziomu motywacji do wzięcia udziału w poszczególnych formach wsparcia, potencjału na wykorzystanie zdobytej wiedzy i umiejętności w trakcie projektu, w późniejszym samodzielnym funkcjonowaniu w środowisku.

Część C formularza winna zawierać krótką diagnozę sytuacji życiowej uczestnika.

OPINIA PSYCHOLOGA:

.....
(data i czytelny podpis psychologa)

OPINIA PRACOWNIKA SOCJALNEGO:

.....
(data i czytelny podpis pracownika socjalnego)

DECYZJA DORADCY POWIATOWEGO:

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

LP.	KRYTERIUM	PUNKTACJA (skala)	PRZYZNANA PUNKTACJA
1.	<i>Osoba w wieku 15-22 lata</i>	0-1	
2.	<i>Osoba w procesie przygotowania do usamodzielnienia</i>	0-1	
3.	<i>Poziom motywacji do udziału w poszczególnych formach wsparcia</i>	0-4	
4.	<i>Potencjał do wykorzystania zdobytej wiedzy i umiejętności w trakcie projektu oraz samodzielnym funkcjonowaniu</i>	0-4	
SUMA PRZYZNANYCH PUNKTÓW:			
Zatwierdzam do udziału w projekcie *			
Nie zatwierdzam do udziału w projekcie *			
..... (data i czytelny podpis Doradcy Powiatowego)			

**Należy wstawić znak „x” we właściwym polu.*

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

CZĘŚĆ C (wypełnia podmiot realizujący projekt)									
PESEL:									
Data przystąpienia projektu:	-- -- -- --			Data zakończenia uczestnictwa w projekcie:	-- -- -- --				
Osoba z niepełnosprawnościami *				☐	Tak*		☐	Nie*	
Osoba korzystająca z zajęć mających na celu uzyskanie, uzupełnienie lub doskonalenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych lub ogólnych, potrzebnych do wykonywania pracy, finansowanych ze środków publicznych*				☐	Tak*		☐	Nie*	
Osoba posiadająca doświadczenie zawodowe uzyskane w trakcie zatrudnienia, wykonywania innej pracy zarobkowej lub prowadzenia działalności gospodarczej przez okres co najmniej 6 miesięcy*				☐	Tak*		☐	Nie*	
Brak doświadczenia zawodowego *				☐	Tak*		☐	Nie*	
Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba o pochodzenia*				☐	Tak*		☐	Nie*	
Osoba należąca do którejkolwiek z poniżej wymienionych grup: a) młodzież przebywająca w pieczy zastępczej w wieku 15-22 lata, która w okresie kilku miesięcy uzyska możliwość usamodzielnienia, b) młodzież opuszczająca pieczę w wieku 15-22 lata, która w okresie kilku miesięcy uzyska możliwość usamodzielnienia				☐	Tak*		☐	Nie*	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)*				☐	Tak*		☐	Nie*	
Wykluczenie społeczne*:	☐ zagrożenie wykluczeniem*	☐ wykluczenie*			☐ wykluczenie wielokrotne*				
Rodzaj przyznanego wsparcia:		☐ Doradztwo: *							
☐ Inne *		☐ Doradztwo psychologiczne *			☐ Doradztwo / pomoc prawna *				
☐ Doradztwo / poradnictwo zawodowe		☐ Doradztwo edukacyjne - zawodowe *							
Data rozpoczęcia udziału w wsparciu:	-- -- -- --		Data zakończenia udziału w wsparciu:	-- -- -- --					
Rodzaj przyznanego w Inne: *									
Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie									

*Należy wstawić znak „x” we właściwym polu.

**Należy wypełniać tylko pola nie wypełnione kolorem.

.....
 (data i czytelny podpis osoby wypełniającej)