



Fundusze Europejskie  
dla Małopolski



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

## Załącznik nr 2 do

## REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

## "Po pierwsze Rodzina"

nr FEMP.06.23-IP.01-0470/25

### - RAMOWY WZÓR -

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

### do udziału w projekcie "Po pierwsze Rodzina"

realizowanym w ramach programu „Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027”, Priorytet 6

Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie 6.23

Włączenie społeczne – projekty Województwa Małopolskiego, współfinansowanego ze środków

Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Projekt jest operacją o znaczeniu strategicznym w rozumieniu art. 2 pkt 5) Rozporządzenia PE i

Rady (UE) 2021/1060 z 24.06.2021 r.

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| KOD IDENTYFIKACYJNY ZGŁOSZENIA |  |
| DATA WPŁYWU                    |  |

## I. DANE OSOBY ZGŁASZANEJ DO OBJĘCIA WSPARCIA PORADNI

(Kandydata/Kandydatki na uczestnika/uczestniczkę projektu)

|                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| NAZWISKO           |                     |
| IMIĘ               |                     |
| PŁEĆ               | kobieta*/mężczyzna* |
| *podkreśl właściwe |                     |
| DATA URODZENIA     |                     |
| PESEL              |                     |
| OBYWATELSTWO       |                     |

## II. ADRES ZAMIESZKANIA, DANE KONTAKTOWE:

|                                                                                                                                                   |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| WOJEWÓDZTWO                                                                                                                                       | MAŁOPOLSKIE |
| GMINA                                                                                                                                             |             |
| MIEJSCOWOŚĆ                                                                                                                                       |             |
| ULICA                                                                                                                                             |             |
| NUMER DOMU                                                                                                                                        |             |
| NUMER LOKALU                                                                                                                                      |             |
| KOD POCZTOWY                                                                                                                                      |             |
| TELEFON<br>KONTAKTOWY<br><br>w przypadku<br>zgłaszania<br>uczestnictwa osoby<br>nieletniej należy podać<br>telefon kontaktowy<br>rodzica/opiekuna |             |
| ADRES E-MAIL                                                                                                                                      |             |

## III. WYKSZTAŁCENIE (podkreśl właściwe\*)

|                                    |
|------------------------------------|
| - niższe niż podstawowe*           |
| - podstawowe*                      |
| - zawodowe*                        |
| - średnie*                         |
| - ponadgimnazjalne lub policealne* |
| - wyższe*                          |

#### IV. POTRZEBY KANDYDATA/KANDYDATKI ZWIĄZANE Z UDZIAŁEM W PROJEKCIE

W przypadku posiadania specjalnych potrzeb należy je oznaczyć **X** w kolumnie „Zgłoszenie potrzeby” i opisać w kolumnie „Potrzeba”(jeśli dotyczy).

| Potrzeba                                                                                                                            | Zgłoszenie potrzeby |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Specjalnego dostosowania przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową. Proszę opisać jakiego dostosowania:<br>.....<br>..... |                     |
| Zapewnienia tłumacza języka migowego                                                                                                |                     |
| Zapewnienia druku materiałów powiększoną czcionką Proszę wskazać rozmiar czcionki: .....                                            |                     |
| Pętla indukcyjna                                                                                                                    |                     |
| Inne specjalne potrzeby. Proszę opisać prozę opisać jakie .....<br>.....                                                            |                     |

#### V. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>osoba bezrobotna*, w tym</b>       | *jeśli dotyczy, podkreśl właściwe<br><br>- osoba długotrwale bezrobotna*<br>- inna*                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>osoba bierna zawodowo*, w tym:</b> | *jeśli dotyczy, podkreśl właściwe<br><br>- osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu*<br>- osoba ucząca się/odbywająca kształcenie*<br>- inna*                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>osoba pracująca*, w tym:</b>       | *jeśli dotyczy, podkreśl właściwe<br><br>- osoba prowadząca działalność na własny rachunek*<br>- osoba pracująca w administracji rządowej*<br>- osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]*<br>- osoba pracująca w organizacji pozarządowej*<br>- osoba pracująca w MMŚP*<br>- osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie* |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą*</li> <li>- osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)*</li> <li>- osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)*</li> <li>- osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)*</li> <li>- osoba pracująca na uczelni*</li> <li>- osoba pracująca w instytucie naukowym*</li> <li>- osoba pracująca w instytucie badawczym*</li> <li>- osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz*</li> <li>- osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym*</li> <li>- osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki*</li> <li>- osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej*</li> <li>- inna*</li> </ul> |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## VI. STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

|                                                                                                    |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO</b>                                                                   | podkreśl właściwe: tak/nie                                |
| <b>OSOBA OBCEGO POCHODZENIA</b>                                                                    | podkreśl właściwe:<br>tak/nie                             |
| <b>OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ (W TYM SPOŁECZNOŚCI MARGINALIZOWANEJ)</b> | podkreśl właściwe:<br>tak/odmawiam podania informacji/nie |
| <b>OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ</b>                             | podkreśl właściwe:<br>tak/nie                             |
| <b>OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI</b>                                                               | podkreśl właściwe:<br>tak/odmawiam podania informacji/nie |

## VII. KRYTERIA PREFERENCYJNE:

| <b>Kryteria preferencji 1-go stopnia:</b>                                                                                                      | <b>Wymagany dokument potwierdzający spełnienie tego kryterium preferencyjnego:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>a) znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności</b>                                                                                   | orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o zaliczeniu do I lub II grupy inwalidztwa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>b) niepełnosprawność sprzężona</b>                                                                                                          | orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenie publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim                                                   |
| <b>c) choroby psychiczne</b>                                                                                                                   | orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności lub zaświadczenie wydane przez lekarza psychiatrę lub orzeczenie publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenie publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim |
| <b>d) niepełnosprawność intelektualna</b>                                                                                                      | orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenie publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim                                                   |
| <b>e) całościowe zaburzenie rozwoju</b> (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) | orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>f) korzystanie z programu Fundusze Europejskie Pomoc</b>                                                                                    | dokument wystawiony przez ośrodek pomocy społecznej lub przez organizację partnerską wydającą żywność                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Żywnościowa 2021-2027 (FE PŻ)</b>                                                                                           | zawierający informację o korzystaniu z programu FE PŻ przez Kandydata/Kandydatkę                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>g) dzieci wychowujące się poza rodziną biologiczną</b><br>(dotyczy tylko naboru do poradni dla rodzinnej pieczy zastępczej) | postanowienie sądu rodzinnego o umieszczeniu dziecka w pieczy zastępczej lub decyzja przyznająca świadczenie na pokrycie kosztów utrzymania dziecka w rodzinie zastępczej lub rodzinnym domu dziecka lub zaświadczenie z powiatowego centrum pomocy rodzinie potwierdzające pełnienie funkcji rodziny zastępczej/ rodzinnego domu dziecka dla wskazanego dziecka/dzieci |

| <b>Kryteria preferencyjne 2-go stopnia:</b>                                                                                         | <b>Wymagany dokument potwierdzający spełnienie tego kryterium preferencyjnego:</b>                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>a) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego</b> (dotyczy naboru do poradni rodzinnych) | zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub inny dokument potwierdzający korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej lub dokument potwierdzający objęcia rodziny nadzorem kuratora rodzinnego (np. postanowienie Sądu Rodzinnego) albo postanowienia lub zarządzenia Sądu Rodzinnego o skierowaniu asystenta rodziny do wsparcia rodziny |
| <b>b) Inne</b> (wynikające z Ogłoszenia o naborze) określone na podstawie diagnozy potrzeb społeczności lokalnej                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

## VIII\*\*. ŚCIEŻKA REKRUTACJI W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA SYTUACJI KRYZYSOWEJ

|                                                                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Informacja o spełnieniu przesłanki do zastosowania tzw. szybkiej ścieżki rekrutacji określonej w par. 8 Regulaminu naboru |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

### DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ – wypełnić w przypadku zgłaszania osoby niepełnoletniej

|                     |  |
|---------------------|--|
| NAZWISKO            |  |
| IMIĘ                |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA: |  |
| WOJEWÓDZTWO         |  |
| GMINA               |  |
| MIEJSCOWOŚĆ         |  |
| ULICA               |  |
| NUMER DOMU          |  |
| NUMER LOKALU        |  |
| KOD POCZTOWY        |  |
| TELEFON KONTAKTOWY  |  |
| ADRES E-MAIL        |  |

**\*\* pkt. VIII wypełnić tylko w przypadku korzystania z przesłanki do zastosowania tzw. szybkiej ścieżki rekrutacji określonej w par. 8 Regulaminu naboru**

### IX. ZAŁĄCZNIKI:

DOŁĄCZAM NASTĘPUJĄCE ZAŁĄCZNIKI:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

5. ....
6. ....
7. ....

**W ramach tego naboru złożone zostały Formularze zgłoszeniowe członków rodziny/rodziny zastępczej wspólnie zamieszkującej:**

| Imię i nazwisko | Kod identyfikacyjny |
|-----------------|---------------------|
|                 |                     |
|                 |                     |
|                 |                     |

## **OŚWIADCZENIA**

- Ja, niżej podpisany/a deklaruję gotowość swoją / osoby zgłaszanej\*\*\* do uczestnictwa w projekcie „Po pierwsze Rodzina”
- Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie "Po pierwsze Rodzina" realizowanym w ramach programu „Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027”, Priorytet 6 Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie 6.23 Włączenie społeczne – projekty Województwa Małopolskiego, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus i akceptuję jego warunki
- Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie, dane przedstawione przeze mnie w Formularzu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i pozostają aktualne na dzień podpisania niniejszego Formularza oraz jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą
- Zobowiązuje się do naprawienia wszelkich szkód wywołanych złożeniem niezgodnego ze stanem faktycznym oświadczenia, w szczególności do zapłaty na rzecz podmiotu świadczącego usługi kwoty odpowiadającej kwocie kosztów związanych z udziałem Uczestnika w projekcie wraz z odsetkami

- Oświadczam, że dysponuję prawem do decydowania w sprawach dziecka zgłaszanego do udziału w projekcie „Po pierwsze Rodzina”\*\*\*
- Oświadczam, że nie dysponuję prawem do decydowania w sprawach dziecka zgłaszanego do udziału w projekcie „Po pierwsze Rodzina” i w związku z powyższym dołączam zgodę osoby uprawnionej na zgłoszenie dziecka do udziału w projekcie „Po pierwsze Rodzina”\*\*\*

\*\*\* skreślić jeśli nie dotyczy

|                                                                                                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>DATA</b>                                                                                                                                                         |  |
| <b>CZYTELNY PODPIS</b><br><b>KANDYDATA/KANDYDATKI</b><br><br><b>LUB W PRZYPADKU OSOBY</b><br><b>NIEPEŁNOLETNIEJ OSOBY/OSÓB</b><br><b>DZIAŁAJĄCYCH W JEJ IMIENIU</b> |  |