

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Włoszczowie
ul. Wiśniowa 10, 29-100 Włoszczowa, Tel/Fax.: 41 39-44-993,
www.pcprwloszczowa.pl, e-mail: biuro@pcprwloszczowa.pl

WSTĘPNA ANKIETA REKRUTACYJNA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
„BEZ BARIER”
CZĘŚĆ I

Dane Uczestnika	Imię i nazwisko	
	Data i miejsce urodzenia	
	Płeć:	Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>
	PESEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Stan cywilny	wolna/wolny <input type="checkbox"/> mężatka/żonaty <input type="checkbox"/>
Dane kontaktowe	Ulica	
	Nr domu/ Nr lokalu	
	Miejscowość	
	Kod pocztowy	
	Telefon kontaktowy	
	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
Dane osobowe prawnego opiekuna /kuratora <i>(* uzupełnić w przypadku gdy ze wsparcia będzie korzystała osoba całkowicie bądź częściowo ubezwłasnowolniona)</i>	Imię i nazwisko	
	Ulica	
	Nr domu/ Nr lokalu	
	Miejscowość	
	Kod pocztowy	
	Tel kontaktowy	

- Jestem zainteresowany / zainteresowana udziałem w projekcie „BEZ BARIER”
 Nie jestem zainteresowany / zainteresowana udziałem w projekcie „BEZ BARIER”

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Zostałem poinformowany/a o planowanych działaniach w Projekcie oraz jego współfinansowaniu ze środków Unii Europejskiej w ramach EFS,
2. Zapoznałem się z postanowieniami **Regulaminu uczestnictwa** w projekcie i akceptuję je,
3. Mam świadomość, iż zawarte w Projekcie działania, w których będę brał/a udział mogą odbywać się w miejscowości innej od mojego miejsca zamieszkania,
4. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 poz.1000 z póź. zm.) do celów związanych z przeprowadzeniem procesu rekrutacji.

.....
miejscowość i data

.....
podpis kandydata

**GRUPA 3 – OSOBY SPRAWUJĄCE PIECZĘ ZASTĘPCZĄ
CZĘŚĆ II**

Kryteria obowiązkowe	Posiadam kserokopię postanowienia sądu o ustanowieniu rodziny zastępczej oraz umieszczeniu dzieci w pieczy zastępczej	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Kryteria dodatkowe premiujące	Rodzina zastępcza tworzona w osobie 1 opiekuna	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	Rodzina zastępcza sprawująca opiekę nad więcej niż 1 dzieckiem	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 1 dziecko <input type="checkbox"/> 4 dzieci <input type="checkbox"/> 2 dzieci <input type="checkbox"/> 5 dzieci <input type="checkbox"/> 3 dzieci <input type="checkbox"/> 6 dzieci <input type="checkbox"/>
	Rodzina zastępcza opiekująca się dzieckiem z niepełnosprawnością	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 1 dziecko <input type="checkbox"/> 4 dzieci <input type="checkbox"/> 2 dzieci <input type="checkbox"/> 5 dzieci <input type="checkbox"/> 3 dzieci <input type="checkbox"/> 6 dzieci <input type="checkbox"/>
	Rodzina zastępcza opiekująca się dzieckiem posiadającym orzeczenie i/lub opinię z Poradni Pedagogiczno-Psychologicznej	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 1 dziecko <input type="checkbox"/> 4 dzieci <input type="checkbox"/> 2 dzieci <input type="checkbox"/> 5 dzieci <input type="checkbox"/> 3 dzieci <input type="checkbox"/> 6 dzieci <input type="checkbox"/>

.....
miejsowość i data

.....
podpis kandydata

CZĘŚĆ III
DANE DZIECI UMIESZCZONYCH W RODZINIE ZASTĘPCZEJ

Dane Uczestnika	Imię i nazwisko	
	Data i miejsce urodzenia	
	Płeć:	Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>
	PESEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Stan cywilny	wolna/wolny <input type="checkbox"/> mężatka/żonaty <input type="checkbox"/>
Dane Uczestnika	Imię i nazwisko	
	Data i miejsce urodzenia	
	Płeć:	Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>
	PESEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Stan cywilny	wolna/wolny <input type="checkbox"/> mężatka/żonaty <input type="checkbox"/>
Dane Uczestnika	Imię i nazwisko	
	Data i miejsce urodzenia	
	Płeć:	Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>
	PESEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Stan cywilny	wolna/wolny <input type="checkbox"/> mężatka/żonaty <input type="checkbox"/>
Dane Uczestnika	Imię i nazwisko	
	Data i miejsce urodzenia	
	Płeć:	Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>
	PESEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Stan cywilny	wolna/wolny <input type="checkbox"/> mężatka/żonaty <input type="checkbox"/>
Dane osobowe opiekuna prawnego/opiekuna zastępczego	Imię i nazwisko	
	Ulica	
	Nr domu/ Nr lokalu	
	Miejscowość	
	Kod pocztowy	
	Tel kontaktowy	

.....
miejscowość i data

.....
podpis opiekuna zastępczego/opiekunów zastępczych