



Data wpływu formularza

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „DLA RODZINY” - doskonalenie zawodowe kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej”

nr umowy POWR.02.08.00-00-0002/16-00

### I. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU:

|   |                                       |  |  |  |                           |   |  |  |  |  |  |  |
|---|---------------------------------------|--|--|--|---------------------------|---|--|--|--|--|--|--|
| <b>Imię (imiona):</b>   |                                       |  |  |  |                           |   |  |  |  |  |  |  |
| <b>Nazwisko:</b>  |                                       |  |  |  |                           |   |  |  |  |  |  |  |
| <b>Płeć</b> (właściwie zaznaczyć X):                                      | <input type="checkbox"/> Kobieta      |  |  |  |                           | <input type="checkbox"/> Mężczyzna  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Wiek</b> (w chwili przystąpienia do projektu - uzupełnia Beneficjent): |                                       |  |  |  |                           |   |  |  |  |  |  |  |
| <b>Data urodzenia</b><br><small>Data urodzenia (dd-mm-rrrr):</small>      |                                       |  |  |  | <b>Miejsce urodzenia:</b> |   |  |  |  |  |  |  |
| <b>PESEL:</b>   |                                       |  |  |  |                           |   |  |  |  |  |  |  |
| <b>Rodzaj uczestnika</b><br><small>(właściwie zaznaczyć X):</small>       | <input type="checkbox"/> Indywidualny |  |  |  |                           | <input type="checkbox"/> Pracownik lub przedstawiciel instytucji / podmiotu |  |  |  |  |  |  |

|   |                                  |                      |                                  |
|---|----------------------------------|----------------------|----------------------------------|
| <b>Adres zamieszkania uczestnika:</b><br><small>(Miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego - miejsce przebywania z zamiarem stałego zamieszkania)</small> |                                  |                      |                                  |
| <b>Ulica / plac / aleja:</b>  |                                  |                      |                                  |
| <b>Nr domu:</b>   |                                  | <b>Nr lokalu:</b>    |                                  |
| <b>Miejscowość:</b>   |                                  | <b>Kod pocztowy:</b> |                                  |
| <b>Gmina:</b>   |                                  | <b>Powiat:</b>       |                                  |
| <b>Województwo:</b>   |                                  |                      |                                  |
| <b>Obszar</b> (właściwie zaznaczyć X):  | <input type="checkbox"/> Miejski |                      | <input type="checkbox"/> Wiejski |
| <b>Telefon kontaktowy:</b>  |                                  |                      |                                  |
| <b>Adres e-mail:</b>  |                                  |                      |                                  |

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>Poziom wykształcenia:</b> | <input type="checkbox"/> brak lub niepełne podstawowe (ISCED 0) |
|                              | <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1)                   |
|                              | <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2)                  |



|  |  |
|--|--|
|  | <input type="checkbox"/> <b>ponadgimnazjalne (ISCED 3)</b><br>(Liceum ogólnokształcące; Liceum profilowane; Uzupełniające liceum ogólnokształcące; Technikum, Technikum uzupełniające, Zasadnicza szkoła zawodowa) |
|  | <input type="checkbox"/> <b>policealne (ISCED 4)</b><br>(Szkoły policealne, studium policealne - wykształcenie na poziomie powyżej szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)            |
|  | <input type="checkbox"/> <b>wyższe (ISCED 5-8)</b><br>(tytuł licencjata, inżyniera lub równorzędny)  |

**II. STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:**

|   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
| <b>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy</b><br><i>(właściwie zaznaczyć X):</i> | <input type="checkbox"/> Tak   | <input type="checkbox"/> Nie |
| <b>Osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy</b><br><i>(właściwie zaznaczyć X):</i>    | <input type="checkbox"/> Tak   | <input type="checkbox"/> Nie |
| <b>Osoba bierna zawodowo</b><br><i>(właściwie zaznaczyć X):</i>                               | <input type="checkbox"/> Tak   | <input type="checkbox"/> Nie |
| <b>Osoba pracująca</b><br><i>(właściwie zaznaczyć X):</i>                                     | <input type="checkbox"/> Tak   | <input type="checkbox"/> Nie |
| <b>w tym</b><br><i>(właściwie zaznaczyć X):</i>   | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej<br><input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie<br><input type="checkbox"/> inne _____  |                              |
| <b>wykonywany zawód</b><br><i>(właściwie zaznaczyć X):</i>                                    | <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu<br><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego<br><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego<br><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego<br><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia<br><input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej<br><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy<br><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego<br><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej<br><input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej<br><input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej<br><input type="checkbox"/> rolnik<br><input type="checkbox"/> inny _____ |                              |



| MIEJSCE ZATRUDNIENIA:                                    |   |                |  |
|--|---|----------------|--|
| <b>Typ instytucji</b><br><i>(właściwie zaznaczyć X):</i> | <input type="checkbox"/> Instytut naukowo-badawczy  |                |  |
|  | <input type="checkbox"/> Jednostka administracji rządowej   |                |  |
|  | <input type="checkbox"/> Jednostka samorządu terytorialnego<br>(bez szkół i placówek oświatowych) |                |  |
|  | <input type="checkbox"/> Organizacja pozarządowa  |                |  |
|  | <input type="checkbox"/> Organizacja pracodawców  |                |  |
|  | <input type="checkbox"/> Ośrodek wsparcia ekonomii społecznej                                     |                |  |
|  | <input type="checkbox"/> Placówka systemu oświaty   |                |  |
|  | <input type="checkbox"/> Podmiot ekonomii społecznej  |                |  |
|  | <input type="checkbox"/> Podmiot wykonujący działalność leczniczą                                 |                |  |
|  | <input type="checkbox"/> Prokuratura  |                |  |
|  | <input type="checkbox"/> Przedsiębiorstwo   |                |  |
|  | <input type="checkbox"/> Instytucja rynku pracy   |                |  |
|  | <input type="checkbox"/> Sądy powszechne  |                |  |
|  | <input type="checkbox"/> Szkoła   |                |  |
|  | <input type="checkbox"/> Uczelnia lub jednostka organizacyjna uczelni                             |                |  |
| <input type="checkbox"/> Związek zawodowy                |   |                |  |
| <input type="checkbox"/> inne _____                      |   |                |  |
| <b>Nazwa instytucji:</b>                                 |   |                |  |
| <b>Adres instytucji:</b>                                 |   |                |  |
| <b>NIP:</b>  |   |                |  |
| <b>Gmina:</b>  |   | <b>Powiat:</b> |  |
| <b>Województwo:</b>                                      |   |                |  |
| <b>Telefon kontaktowy:</b>                               |   |                |  |
| <b>Adres e-mail:</b>                                     |   |                |  |

### III. DODATKOWE INFORMACJE:

|   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
| Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia <i>(właściwie zaznaczyć X):</i> | <input type="checkbox"/> Tak                         | <input type="checkbox"/> Nie |
|   | <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji |                              |
| Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań <i>(właściwie zaznaczyć X):</i>                            | <input type="checkbox"/> Tak                         | <input type="checkbox"/> Nie |
| Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <i>(właściwie zaznaczyć X):</i>                            | <input type="checkbox"/> Tak                         | <input type="checkbox"/> Nie |



|  |  |                              |
|--|--|------------------------------|
| <b>w tym:</b> w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu  | <input type="checkbox"/> Tak                         | <input type="checkbox"/> Nie |
| Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu<br><i>(właściwie zaznaczyć X):</i>  | <input type="checkbox"/> Tak                         | <input type="checkbox"/> Nie |
| Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej inne niż wymienione powyżej <i>(właściwie zaznaczyć X):</i>   | <input type="checkbox"/> Tak                         | <input type="checkbox"/> Nie |
|  | <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji |                              |
| Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności<br><i>(właściwie zaznaczyć X):</i>  | <input type="checkbox"/> Tak                         | <input type="checkbox"/> Nie |
|  | <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji |                              |
| Jestem osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim<br><i>(właściwie zaznaczyć X):</i>   | <input type="checkbox"/> Tak                         | <input type="checkbox"/> Nie |
|  | <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji |                              |
| Czy ma Pani / Pan <b>specjalne potrzeby</b> wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie ?<br>(np. przestrzeń dostosowana do potrzeb niepełnosprawności ruchowej, alternatywne formy materiałów, specjalne wyżywienie, inne...)<br><i>(właściwie zaznaczyć X):</i> | <input type="checkbox"/> Tak                         | _____                        |
|  | <input type="checkbox"/> Nie                         |                              |

#### IV. DODATKOWE KRYTERIA REKRUTACYJNE:

|  |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| Czy INSTYTUCJA, w której Pan/Pani jest zatrudniony/a, w okresie ostatniego roku, poprzedzającego dzień rozpoczęcia realizacji niniejszego projektu tj. 01.07.2017 r. brał/a udział w jakiegokolwiek formie podnoszącej kompetencje pracowników w zakresie Ustawy z dnia 09.06.2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej? <i>(właściwie zaznaczyć X):</i> | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie  |
| Czy PAN/PANI w okresie ostatniego roku, poprzedzającego dzień rozpoczęcia realizacji niniejszego projektu tj. 01.07.2017 r. brał/a udział w jakiegokolwiek formie podnoszącej kompetencje pracowników w zakresie Ustawy z dnia 09.06.2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej? <i>(właściwie zaznaczyć X):</i>  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie  |
| Czy jest Pan/Pani osobą pracującą w miejscowości poniżej 5 tysięcy mieszkańców? <i>(właściwie zaznaczyć X):</i>  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie  |
| Jestem osobą zatrudnioną w następującej grupie:<br><i>(właściwie zaznaczyć X):</i>   | <input type="checkbox"/>     | na poziomie gmin: asystenci rodziny, pracownicy placówek wsparcia dziennego, w tym: kierownicy placówek wsparcia dziennego, wychowawcy, psychologowie, pedagodzy, osoby prowadzące terapię, opiekunowie dziecięcy, rodziny wspierające oraz inne osoby prowadzące prace z rodziną lub zajmujące się i opieką i pomocą w opiece i wychowaniu dziecka,  |
|  | <input type="checkbox"/>     | na poziomie powiatów: koordynatorzy rodzinnej pieczy zastępczej, pracownicy organizatora rodzinnej pieczy zastępczej, pracownicy powiatowego centrum pomocy rodzinie realizujący zadania związane z organizacją pieczy zastępczej, pracownicy placówek opiekuńczo-wychowawczych, w tym: dyrektor placówki opiekuńczo-wychowawczej (lub centrum), w tym również placówek typu rodzinnego, pedagog, psycholog, osoba prowadząca terapię, opiekun dziecięcy, pracownik socjalny w placówce, rodziny zastępcze oraz prowadzący rodzinne domy dziecka, |



|  |                          |  |
|--|--------------------------|--|
|  | <input type="checkbox"/> | na poziomie województwa (marszałek): pracownicy regionalnych placówek opiekuńczo terapeutycznych, interwencyjnych ośrodków preadopcyjnych oraz ośrodków adopcyjnych,   |
|  | <input type="checkbox"/> | na poziomie wojewody: pracownicy wojewody realizujący zadania z zakresu wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej.  |
|  | <input type="checkbox"/> | uzupełniająca: przedstawiciel wymiaru sprawiedliwości (sędziowie, kuratorzy); przedstawiciel oświaty (m. in. pedagodzy i psychologowie szkolni, wychowawcy); przedstawiciel systemu zdrowia (lekarze, pielęgniarki); inne służby pracujące z dziećmi i rodzinami biologicznymi, osobami sprawującymi pieczę zastępczą i rodzinami adopcyjnymi. |

**V. Jestem zainteresowany/a udziałem w szkoleniach z następujących obszarów tematycznych**

(właściwe zaznaczyć X):

| <b>OBSZAR I</b><br><b>Szkolenia dla Kadry zarządzającej</b>   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| AKADEMIA MENEDŻERA  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Szkolenie dot. strategicznego / instytucjonalnego zarządzania i prawa na poziomie gmin i powiatów   | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| <b>OBSZAR II</b><br><b>Szkolenia na temat budowania lokalnego systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej oraz pozyskiwania środków na ten cel</b> |                              |                              |
|   | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| <b>OBSZAR III</b><br><b>Szkolenia z zakresu stosowania prawa</b>  |                              |                              |
|   | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| <b>OBSZAR IV</b><br><b>Szkolenia kompetencji osób bezpośrednio pracujących z dziećmi i rodzinami</b>  |                              |                              |
| Szkolenie dotyczące sytuacji dziecka  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Szkolenie dotyczące rodzin problemowych   | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Szkolenie dotyczące placówek wychowawczo-opiekuńczych   | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Szkolenie dotyczące pieczy zastępczej   | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Szkolenie dotyczące młodzieży trudnej   | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Warsztaty dla asystentów rodziny i koordynatorów  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Warsztaty dotyczące koordynacji działań lokalnych dot. pieczy zastępczej  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |



|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Szkolenie przeprowadzone w formie warsztatów dot. wsparcia i rozwiązywania problemów klienta w placówkach zaangażowanych w problemy pieczy zastępczej (m. in. OPS, MOPR)  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Szkolenie na poziomie powiatów i gmin dotyczące umieszczenia dzieci w rodzinie zastępczej, ocenie ich działania i ocenie dziecka  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Szkolenie dotyczące rekrutacji kandydatów na rodziny zastępcze, procedury i redagowanie opinii  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| <b>OBSZAR V</b><br><b>Szkolenia dla organów kontrolnych Wojewody</b>  |                              |                              |
| Szkolenie dot. organizacji i przeprowadzenia szkolenia z zakresu aspektów kontroli pieczy zastępczej oraz prawnych i instytucjonalnych aspektów dot. pieczy zastępcze   | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| <b>OBSZAR VI</b><br><b>Szkolenia dla służb współpracujących i tworzących system wspierania rodziny i pieczy zastępczej oraz adopcji</b>   |                              |                              |
| Warsztaty intermentoringowe panelowe dot. procedur, metod sposobów rozwiązywania problemów pieczy zastępczej i adopcji dla kadry kierowniczej powiatów/ województw i służb- system wspierania rodziny i pieczy zastępczej oraz adopcji  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Szkolenie z zakresu m. in. procedur związanych z odbieraniem dziecka z rodziny; szkolenie rodzin wspierających w zakresie pomocy rodzinie   | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Szkolenia z zakresu m. in. rozpoznawanie oraz procedury w sytuacji krzywdzenia dziecka; diagnozowanie oraz procedura postępowania w sytuacji zaniedbań opiekuńczo-wychowawczych wobec dziecka   | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Szkolenie z zakresu m. in. zadania organów uczestniczących w wykonywaniu orzeczeń o przymusowym odebraniu osoby; zadania sądów i organów państwowych w odniesieniu do problematyki pieczy zastępczej, adopcji i wspierania rodziny; zadania sądów, kuratorów sądowych oraz jednostek organizacyjnych wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Szkolenie z zakresu m. in. budowanie zespołów i metodyka dokonywania oceny sytuacji dziecka; współpraca asystenta z rodzinami oraz służbami wspierającymi rodzinę; problematyka interwencji kryzysowej w rodzinie   | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Interdyscyplinarne warsztaty dla rodzin zastępczych i służb wspierających ich działanie   | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |

1. Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, iż uczestniczę w projekcie pn. „„DLA RODZINY” - doskonalenie zawodowe kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej” współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś Priorytetowa II. „Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji”, Działanie 2.8 Działanie 2.8 „Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym”.
2. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z Regulaminem projektu „„DLA RODZINY” - doskonalenie zawodowe kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej” i akceptuję jego treść oraz warunki.
3. Oświadczam, iż zostałem/łam uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i 2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1999 roku Kodeks Karny za składanie fałszywych zeznań, niniejszym oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy i moim aktualnym



statusem prawnym. Jednocześnie zobowiązuję się w terminie trzech dni roboczych o niezwłocznym poinformowaniu Stowarzyszenia SOS dla Rodziny o wszelkich zmianach.

4. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgłoszeniowym dla potrzeb rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „DLA RODZINY - doskonalenie zawodowe kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.) przez Stowarzyszenie SOS dla Rodziny, Partnerów projektu oraz inne podmioty bezpośrednio związane z realizacją projektu w zakresie niezbędnym do realizowanych przez nich zadań w projekcie, a także w zakresie niezbędnym do wywiązywania się Stowarzyszenia SOS dla Rodziny i Partnerów projektu z obowiązków wobec Instytucji Zarządzającej i Instytucji Pośredniczącej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 wynikających z realizacji projektu na podstawie umowy nr POWR.02.08.00-00-0002/16-00.
6. Administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju, mający siedzibę przy Placu Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| .....<br>MIEJSCOWOŚĆ I DATA | .....<br>CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU |
|-----------------------------|--|