Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej

W ramach Funduszy Europejskich dla Warmii i Mazur

**ANKIETA REKRUTACYJNA DO PROJEKTU**

**„WSZYSTKO ZDARZYĆ SIĘ MOŻE JEŻELI NAM POMOŻESZ – WSPIERANIE FUNKCJONOWANIA PIECZY ZASTĘPCZEJ Z TERENU POWIATU BARTOSZYCKIEGO”**

**realizowanego w okresie 01 października 2024 roku do 31 grudnia 2028 roku.**

Szanowni Państwo,

W celu zbadania Państwa oczekiwań i potrzeb prosimy o czytelne wypełnienie pól ankiety, a pola do wyboru ze znakiem proszę wstawić „X”. Można zaznaczyć więcej niż jedno pole w każdej części ankiety w zależności od potrzeb.

Jednocześnie oznajmiam, iż zostałam/łem poinformowana/ny o możliwości odmowy podania danych osobowych szczególnej kategorii (tj. pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków zawodowych oraz przetwarzania danych genetycznych, danych biometrycznych, danych dotyczących zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej) o której mowa w art. 9 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwanym dalej RODO oraz o obowiązku przekazania danych po zakończeniu projektu potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu bezpośredniego do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie oraz przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym.

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

|  |
| --- |
| 1. **DANE PODSTAWOWE**
* **rodzica zastępczego/opiekuna prawnego**
* **wychowawcy POW**
* **usamodzielnionego wychowanka pieczy zastępczej**
* **kandydata na rodzinę zastępcza zawodową/niezawodowa**
* **pracownika merytorycznego pieczy zastępczej**
 |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Pochodzenie** | * kraje trzeciego świata (kraje afrykańskie, azjatyckie, Ameryka Łacińska),
* osoba obcego pochodzenia (osoba pochodząca z innego kraju, nieposiadająca obywatelstwa polskiego),
* osoba należąca do mniejszości narodowej (Romskiej, Niemieckiej, Ukraińskiej itp.),
* nie dotyczy,
 |
| **STATUS OSOBY** |
| **Wykształcenie** | * brak
* podstawowe
* gimnazjalne
* ponadgimnazjalne (średnie, zasadnicze zawodowe)
* pomaturalne (policealne)
* wyższe
 |
| **Status zawodowy** | * bezrobotna/ny (zarejestrowany w PUP w Bartoszycach)
* zatrudniona/ny
* emeryt/rencista
* nieaktywna/ny zawodowo - ucząca/cy się (nazwa szkoły, kierunek, rok**)**

 ..................................................................................................................................................................... .....................................................................................................................................................................* w jakich godzinach/dniach mógłby Pan/Pani uczestniczyć w działaniach przewidzianych w projekcie:
* ranne od 900 do 1200
* popołudniowe od 1200 do 1600
* po godzinie 1600
* inne, podaj jakie .......................................................................................................................
* proszę podać dni tygodnia od poniedziałku do soboty .......................................

.............................................................................................................................................................. |
| **Posiadana niepełnosprawność**(posiadane orzeczenie proszę dołączyć do ankiety) | * **brak**
* **znaczny** (I grupa) **umiarkowany** (II grupa**) lekki** (III grupa)

 orzeczenie na stałe* orzeczenie na czas określony (do kiedy) ...................................................................

Przyczyna niepełnosprawności :* upośledzenie narządu ruchu, choroby neurologiczne (wózek inwalidzki, kule, balkonik, inne zalecenia, jakie ..........................................................................)
* choroby narządu wzroku (okulary, lupa, inne zalecenia, jakie ...................... ............................................................................................................................................................)
* zaburzenia głosu, mowy, choroby słuchu (aparat słuchowy, tłumacz języka migowego inne zalecenia, jakie ........................................................................

............................................................................................................................................................ )* choroby układu oddechowego i krążenia,
* choroby psychiczne,
* upośledzenie umysłowe
* inne, podaj jakie .........................................................................................................................
 |
| **Role społeczne/pozycja jaką pełni Pan/Pani w domu i poza nim** | * partnerski model rodziny (równy podział obowiązków pomiędzy osoby dorosłe, wzajemne wsparcie w wychowaniu dziecka, wspólne uczestniczenie w sprawach edukacyjnych, zdrowotnych, emocjonalnych rodziny, wspólne podejmowanie decyzji),
* nierówny podział ról (kobieta odpowiada za wychowanie, przekazywanie dziecku norm, wartości, przygotowuje dziecko do dorosłego życia, uczestniczy w procesie edukacyjnym, zdrowotnym, emocjonalnym, odpowiada również za prowadzenie gospodarstwa domowego, podejmuje wszystkie ważne decyzje, mężczyzna natomiast pełni role ekonomiczną czyli dba tylko o zapewnienie rodzinie środków na jej utrzymanie),
* kadra instytucji pieczy zastępczej,
* samodzielnie podejmuje wszystkie ważne dla siebie decyzje,
* może liczyć na wsparcie bliskich w podejmowaniu ważnych decyzji,
* inne, podaj jakie ....................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................... |
| **Korzystający ze świadczeń pomocy społecznej**  |

|  |  |
| --- | --- |
| * **korzystam, z powodu:**
* ubóstwa;
* sieroctwa;
* bezdomności;
* bezrobocia;
* niepełnosprawności;
* długotrwałej lub ciężkiej choroby;
* przemocy domowej;
* potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;
* potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
* bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
* trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;
* trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
* alkoholizmu lub narkomanii;
* zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
* klęski żywiołowej lub ekologicznej,
 | * **nie korzystam, ale kwalifikuje się do objęcia pomocą z powodu:**
* ubóstwa;
* sieroctwa;
* bezdomności;
* bezrobocia;
* niepełnosprawności;
* długotrwałej lub ciężkiej choroby;
* przemocy domowej;
* potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;
* potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
* bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
* trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;
* trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
* alkoholizmu lub narkomanii;
* zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
* klęski żywiołowej lub ekologicznej,
 |

 |
| **Występujące problemy**  | * systematyczne zmiany w zakresie metod pracy z dzieckiem i rodziną a zbyt mała propozycja szkoleń w tym zakresie,
* zbyt duże koszty finansowe na szkolenia celem nabywania nowych kwalifikacji i umiejętności zawodowych,
* poczucie wypalenia zawodowego,
* występujące problemy opiekuńczo-wychowawcze (zaburzenia zachowania) z dziećmi oraz nieumiejętne rozwiazywanie pojawiających się trudności:

1. zaburzenia zachowania * opozycyjno-buntownicze (ignorowanie poleceń dorosłych, łamanie ustalonych norm i reguł),
* zaburzenia zachowania (CD) – agresja wobec ludzi i zwierząt, kradzieże, kłamstwa, bójki, zastraszanie innych,
* zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi (ADHD) - objawia się problemami z koncentracją, impulsywnością i nadmierną aktywnością,
* zaburzenia lękowe - takie jak fobie, lęk społeczny, lęk separacyjny, częste zmiany nastroju, irytacja, napady złości, niska samoocena, depresja, zaburzenia snu i odżywiania itp.
* zachowania demoralizujące wychowanka (używanie wulgaryzmów, wagarowanie, wandalizm, ucieczki z domu, przedwczesne podejmowanie życia seksualnego, stosowanie agresji i przemocy, palenie papierosów, spożywanie alkoholu,
* choroba psychiczna – schizofrenia, afektywna dwubiegunowa, uzależnienia itp.
* inne, podaj jakie .......................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................... * trudności dotyczące wychowania dziecka z niepełnosprawnością,
* brak zaangażowania drugiego rodzica zastępczego w opiekę nad dzieckiem oraz w prowadzenie gospodarstwa domowego,
* utrudniony dostęp do specjalistów (psycholog, pedagog, terapeuta, specjaliści diagnostyczni FAS, Autyzm itp.) wynikająca z braku środków finansowych, długiego czasu oczekiwania oraz braku środka transportu,
* nieradzenie sobie z problemami wieku dorastania dziecka,
* problem kontaktów wychowanka z rodzicami biologicznymi,
* brak wspólnego języka z wychowankiem, nieumiejętność odczytywania jego potrzeb, możliwości i ograniczeń,
* problemy edukacyjne dzieci (brak środków finansowych oraz specjalistów na zapewnienie dziecku wsparcia w nauce),

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * jęz. angielski
 | * matematyka
 | * inne, jakie .......................................
 |

* problem z dojazdem na szkolenia i spotkania spowodowane brakiem środka transportu oraz brakiem czasu ze względu na brak opieki nad dzieckiem, prace zawodową itp.
* brak możliwości finansowych na wyjazdy letnie z dzieckiem poza miejsce zamieszkania,
* brak środków finansowych na dokształcanie się osób pełnoletnich przebywających w pieczy,
* niechęć do udziału w szkoleniach i warsztatach,
* inne, podaj jakie (np. niepełnosprawność i związane z nią ograniczenia), podaj jakie: ............................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................... |
| **Motywacja** | Proszę wskazać na skali od 1 (zdecydowanie NIE) do 5 (zdecydowanie TAK) jaka jest Pani/na motywacja do udziału w Projekcie:* 1. Zdecydowanie nie
* 2. Raczej nie
* 3. Trudno powiedzieć
* 4. Raczej tak
* 5. Zdecydowanie tak
 |

|  |
| --- |
|  **I A. DANE OSOBOWE małoletniego wychowanka \**** **pieczy zastępczej rodzinnej**
* **pieczy zastępczej instytucjonalnej**
 |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Wykształcenie** (nazwa szkoły do której uczęszcza dziecko, klasa) |  |
| **Wiek dziecka** w momencie przystąpienia do projektu | ................................................ |
| **Posiadana niepełnosprawność** (posiadane orzeczenie proszę dołączyć do ankiety) | * brak
* zaliczony do osób niepełnosprawnych

 znaczny (I grupa) umiarkowany (II grupa) lekki (III grupa) orzeczenie na stałe* orzeczenie na czas określony (do kiedy) .................................................................

Przyczyna niepełnosprawności:* upośledzenie narządu ruchu, choroby neurologiczne (wózek inwalidzki, kule, balkonik, inne zalecenia, jakie .............................................)
* choroby narządu wzroku (okulary, lupa, inne zalecenia, jakie .................. .........................................................................................................................................................)
* zaburzenia głosu, mowy, choroby słuchu (aparat słuchowy, tłumacz języka migowego inne zalecenia, jakie ...................................................................

..........................................................................................................................................................)* choroby układu oddechowego i krążenia,
* choroby psychiczne,
* upośledzenie umysłowe
* inne, jakie ..................................................................................................................................
 |
| **Inne posiadane dokumenty**(posiadane dokumenty proszę dołączyć do ankiety) | * orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
* opinia z poradni psychologiczno-pedagogicznej - w sytuacji demoralizacji lub zagrożenia demoralizacją
* postanowienie Sądu o zastosowaniu środka zapobiegawczego w postaci nadzoru kuratora sadowego,
 |
| **Motywacja**  | Proszę wskazać na skali od 1 (zdecydowanie NIE) do 5 (zdecydowanie TAK) jaka jest twoja motywacja do udziału w Projekcie:* 1. Zdecydowanie nie
* 2. Raczej nie
* 3. Trudno powiedzieć
* 4. Raczej tak
* 5. Zdecydowanie tak
 |

|  |
| --- |
|  **I B. DANE OSOBOWE małoletniego wychowanka \**** **pieczy zastępczej rodzinnej**
* **pieczy zastępczej instytucjonalnej**
 |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Wykształcenie** (nazwa szkoły do której uczęszcza dziecko, klasa) |  |
| **Wiek dziecka** w momencie przystąpienia do projektu | ................................................ |
| **Posiadana niepełnosprawność** (posiadane orzeczenie proszę dołączyć do ankiety) | * brak
* zaliczony do osób niepełnosprawnych

 znaczny (I grupa) umiarkowany (II grupa) lekki (III grupa) orzeczenie na stałe* orzeczenie na czas określony (do kiedy) .................................................................

Przyczyna niepełnosprawności:* upośledzenie narządu ruchu, choroby neurologiczne (wózek inwalidzki, kule, balkonik, inne zalecenia, jakie .............................................)
* choroby narządu wzroku (okulary, lupa, inne zalecenia, jakie .................. .........................................................................................................................................................)
* zaburzenia głosu, mowy, choroby słuchu (aparat słuchowy, tłumacz języka migowego inne zalecenia, jakie ...................................................................

..........................................................................................................................................................)* choroby układu oddechowego i krążenia,
* choroby psychiczne,
* upośledzenie umysłowe
* inne, jakie ..................................................................................................................................
 |
| **Inne posiadane dokumenty**(posiadane dokumenty proszę dołączyć do ankiety) | * orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
* opinia z poradni psychologiczno-pedagogicznej - w sytuacji demoralizacji lub zagrożenia demoralizacją
* postanowienie Sądu o zastosowaniu środka zapobiegawczego w postaci nadzoru kuratora sadowego,
 |
| **Motywacja**  | Proszę wskazać na skali od 1 (zdecydowanie NIE) do 5 (zdecydowanie TAK) jaka jest twoja motywacja do udziału w Projekcie:* 1. Zdecydowanie nie
* 2. Raczej nie
* 3. Trudno powiedzieć
* 4. Raczej tak
* 5. Zdecydowanie tak
 |

|  |
| --- |
|  **I C. DANE OSOBOWE małoletniego wychowanka \**** **pieczy zastępczej rodzinnej**
* **pieczy zastępczej instytucjonalnej**
 |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Wykształcenie** (nazwa szkoły do której uczęszcza dziecko, klasa) |  |
| **Wiek dziecka** w momencie przystąpienia do projektu | ................................................ |
| **Posiadana niepełnosprawność** (posiadane orzeczenie proszę dołączyć do ankiety) | * brak
* zaliczony do osób niepełnosprawnych

 znaczny (I grupa) umiarkowany (II grupa) lekki (III grupa) orzeczenie na stałe* orzeczenie na czas określony (do kiedy) .................................................................

Przyczyna niepełnosprawności:* upośledzenie narządu ruchu, choroby neurologiczne (wózek inwalidzki, kule, balkonik, inne zalecenia, jakie .............................................)
* choroby narządu wzroku (okulary, lupa, inne zalecenia, jakie .................. .........................................................................................................................................................)
* zaburzenia głosu, mowy, choroby słuchu (aparat słuchowy, tłumacz języka migowego inne zalecenia, jakie ...................................................................

..........................................................................................................................................................)* choroby układu oddechowego i krążenia,
* choroby psychiczne,
* upośledzenie umysłowe
* inne, jakie ..................................................................................................................................
 |
| **Inne posiadane dokumenty**(posiadane dokumenty proszę dołączyć do ankiety) | * orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
* opinia z poradni psychologiczno-pedagogicznej - w sytuacji demoralizacji lub zagrożenia demoralizacją
* postanowienie Sądu o zastosowaniu środka zapobiegawczego w postaci nadzoru kuratora sadowego,
 |
| **Motywacja**  | Proszę wskazać na skali od 1 (zdecydowanie NIE) do 5 (zdecydowanie TAK) jaka jest twoja motywacja do udziału w Projekcie:* 1. Zdecydowanie nie
* 2. Raczej nie
* 3. Trudno powiedzieć
* 4. Raczej tak
* 5. Zdecydowanie tak
 |

|  |
| --- |
| 1. **Dane kontaktowe**
 |
| **Ulica, numer domu, numer lokalu** |  |
| **Miejscowość**  |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Województwo** |  |
| **Kraj** |  |
| **Obszar zamieszkania wg stopnia urbanizacji DEGURBA** | * miasto
* małe miasto lub przedmieście
* obszary wiejskie
 |
| **Osoba w kryzysie bezdomności/wykluczenia mieszkaniowego** | * Tak
* Nie
 |
| **Numer telefonu kontaktowego** | Nr telefonu stacjonarnego .................................................................................Nr telefonu komórkowego ................................................................................ |
| **e-mail** |  |

|  |
| --- |
| 1. **Status osoby**
 |
| **Osoba pełniąca funkcje rodziny zastępczej \*\*** | * spokrewnionej
* zawodowej
* niezawodowej
 |
| **Usamodzielniony wychowanek \*\*\*** | * placówki opiekuńczo-wychowawczej
* rodziny zastępczej
 |
| **Kadra instytucji pieczy zastępczej \*\*\*\*** | * Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Bartoszycach,
* Placówki Opiekuńczo-Wychowawczej nr 1/2/3 w Bartoszycach,
 |
| **Kandydat na rodzinę zastępczą \*\*\*\*\*** | * zawodową
* niezawodową
 |

* opiekun wychowanka rodzinnej pieczy zastępczej jest zobowiązany dostarczyć poświadczenie zameldowania dziecka oraz aktualna decyzje o przyznaniu świadczeń finansowych na dziecko, opiekun wychowanka instytucjonalnej pieczy zastępczej jest zobowiązany dostarczyć skierowanie do POW,

\*\* rodzina zastępcza zamieszkująca tereny miejskie jest zobowiązana dostarczyć ksero rachunków lub faktur za media, ścieki, odpady komunalne, rodzina zastępcza zamieszkująca tereny wiejskie jest zobowiązana dostarczyć ksero decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości,

\*\*\* osoby usamodzielnione mają obowiązek dostarczyć indywidualny program usamodzielnienia, poświadczenie zameldowania,

 ksero aktualnej decyzji przyznającej pomoc na kontynuowanie nauki,

 \*\*\*\* kadra placówek pieczy zastępczej jest zobowiązana dostarczyć zaświadczenie o zatrudnieniu,

 \*\*\*\*\* kandydat na rodzinę zastępczą jest zobowiązany dostarczyć poświadczenie zameldowania,

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA** |
| * Oświadczam, iż wyrażam zgodę na udział w projekcie „ Wszystko zdarzyć się może jeżeli nam pomożesz – wspieranie funkcjonowania pieczy zastępczej z terenu powiatu bartoszyckiego”. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wypełnienie ankiety i podpisanie niniejszego oświadczenia nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu.
* Oświadczam, że dane zawarte w ankiecie rekrutacyjnej są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.
* Na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994r (Dz. U. z 2018, poz. 1191 ze zm.) o prawie autorskim i prawach pokrewnych oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku w dla potrzeb niezbędnych dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Bartoszycach.
* Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych, w tym danych osobowych wrażliwych na potrzeby realizacji projektu zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018r., poz. 723 z późń. zm).

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) uprzejmie informujemy iż:1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Bartoszycach przy ul. Limanowskiego 11, 11-200 Bartoszyce (tel. 89 762 11 60, pcprbart@poczta.onet.pl)2) Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: ul. Limanowskiego 11, 11-200 Bartoszyce (tel. 89 762 97 50, e-mail pcprbart@poczta.onet.pl)3) Podanie przez Panią/Pana dane osobowe są dobrowolne lecz ich przetwarzanie jest niezbędne w celu realizacji zadań przewidzianych w projekcie „ Wszystko zdarzyć się może jeżeli nam pomożesz – wspieranie funkcjonowania pieczy zastępczej z terenu powiatu bartoszyckiego”.4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są: instytucje przewidziane prawem,5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.6) Nie przewiduje się usunięcia Pani/Pana danych osobowych. 7) Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, prawo do żądania poprawienia danych, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, wykreślenia danych a także przenoszenia danych.8) Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzoru (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie podlegają profilowaniu.Warunkiem uczestnictwa w Projekcie jest zapoznanie się z w/w oświadczeniami i wyrażenie zgody na każde z nich.  |
|  ............................................................................................... Miejscowość, data |  ........................................................................................... Czytelny podpis  |

|  |
| --- |
| Wypełnia komisja rekrutacyjna |
| **Kryteria oceny rekrutacyjnej** | **Przyznana ilość punktów** | **Max liczba punktów** |
| 1. Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, osoby i dzieci najbardziej potrzebujące,
 |  | **1** |
| 1. Osoby/rodziny przynależące do grupy docelowej , mający problemy opiekuńczo-wychowawcze z dziećmi,
 |  | **1-4** |
| 1. Wychowankowie pieczy zastępczej zagrożeni demoralizacją lub niedostosowaniem społecznym,
 |  | **1** |
| 1. Wychowankowie przebywający w pieczy zastępczej posiadający orzeczenie o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności
 |  | **1** |
| 1. Dzieci przebywające w pieczy zastępczej posiadające orzeczenie/opinię z poradni psychologiczno-pedagogicznej,
 |  | **1** |
| 1. Osoby należące do mniejszości narodowej,
 |  | **1** |
| 1. Korzystający ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej lub kwalifikujący się do objęcia pomocą społeczną tj. spełniający co najmniej jedną z przesłanek art. 7 w/w ustawy,
 |  | **1-3**  |
| 1. Dokumenty rekrutacyjne zostały złożone w komplecie
 |  | **1** |
|  **RAZEM** |  | **13** |
| **Decyzja komisji rekrutacyjnej**

|  |  |
| --- | --- |
| * zakwalifikowano do udziału w Projekcie
 | * nie zakwalifikowano do udziału w Projekcie
 |

|  |
| --- |
| * zakwalifikowano do udziału w projekcie i umieszczono na liście rezerwowej
 |

Podpisy komisji rekrutacyjnej (czytelny podpis, obejmowana funkcja):1. .......................................................................................................
2. .......................................................................................................
3. .......................................................................................................
4. ........................................................................................................
 |

#Fundusze #FunduszeEuropejskie