

ANKIETA REKRUTACYJNA DLA RODZINY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROJEKCIE „AKADEMIA POZYTYWNEJ KOMUNIKACJI”

Szanowni Państwo,

Proponujemy Państwu uczestnictwo w projekcie „Akademia Pozytywnej Komunikacji”. Projekt jest realizowany przez Gminę Ustrzyki Dolne / Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ustrzykach Dolnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 – 2020, Oś priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działanie 8.4 Poprawa dostępu do usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej, który jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety.

Informacje wypełniane przez Beneficjenta	
Data przyjęcia ankiety:	
Numer ankiety:/..... numer kolejny / rok
Podpis koordynatora / asystenta koordynatora	

Dane podstawowe	Imię i nazwisko członka rodziny wypełniającego dokumenty rekrutacyjne	
	Ulica:	
	Numer domu / mieszkania	
	Kod pocztowy, miejscowość	
	Województwo	
	Telefon kontaktowy	
	Adres poczty elektronicznej	
Dane teleadresowe / miejsce zamieszkania / korzystanie z projektów	Członkowie mojej rodziny korzystają w innych projektów współfinansowanych z Unii Europejskiej:	
	<input type="checkbox"/> tak (wpisać kto i z jakich projektów)	
	
	
	
	
	
	
	
	<input type="checkbox"/> nie	

Informacje dotyczące rodziny	<p>W skład mojej rodziny wchodzi:</p> <p>1. <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> /imię i nazwisko/ /stopień pokrewieństwa/ </div> </p> <p>2. <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> /imię i nazwisko/ /stopień pokrewieństwa/ </div> </p> <p>3. <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> /imię i nazwisko/ /stopień pokrewieństwa/ </div> </p> <p>4. <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> /imię i nazwisko/ /stopień pokrewieństwa/ </div> </p> <p>5. <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> /imię i nazwisko/ /stopień pokrewieństwa/ </div> </p> <p>6. <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> /imię i nazwisko/ /stopień pokrewieństwa/ </div> </p> <p>7. <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> /imię i nazwisko/ /stopień pokrewieństwa/ </div> </p> <p>8. <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> /imię i nazwisko/ /stopień pokrewieństwa/ </div> </p>
	<p>Moja rodzina korzysta z pomocy społecznej / kwalifikuje się do objęcia wsparciem pomocy społecznej¹ w związku z przesłankami określonymi w art. 7 ustawy o pomocy społecznej:</p> <p> <input type="checkbox"/> ubóstwo, <input type="checkbox"/> bezrobocie, <input type="checkbox"/> niepełnosprawność, <input type="checkbox"/> długotrwała lub ciężka choroba, <input type="checkbox"/> przemoc w rodzinie, <input type="checkbox"/> potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietność, <input type="checkbox"/> bezradność w sprawach opiekuńczo- wychowawczych i prowadzeniu gospodarstwa domowego, <input type="checkbox"/> inny powód, wpisać jaki </p>
	<p>Moja rodzina spełnia kryterium dochodowe w rozumieniu przepisów ustawy o pomocy społecznej (osiągamy dochód do 528,00 zł na osobę w rodzinie):</p> <p> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie </p>
	<p>Moja rodzina korzysta z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa:</p> <p> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie </p>
	<p>Członkiem mojej rodziny jest osoba legitymująca się orzeczeniem o niepełnosprawności:</p> <p> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie </p>
	<p>W mojej rodzinie występuje problem opiekuńczo – wychowawczy:</p> <p> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie </p>

¹ Niewłaściwe skreślić

	Członkiem mojej rodziny jest dziecko, u którego zdiagnozowano problem wymagający wsparcia specjalistów (np. agresja, problemy z nauką, uzależnienie i in.): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Członkiem mojej rodziny jest osoba bezrobotna lub nieaktywna zawodowo: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Członkiem mojej rodziny jest osoba uzależniona: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	W mojej rodzinie występuje problem przemocy: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Członkiem mojej rodziny jest osoba długotrwale lub ciężko chora: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Oświadczam, że:

- Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ustrzykach Dolnych w celu realizacji procesu rekrutacji do udziału w projekcie zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 z 04.05.2016, str. 1)
- Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.**
- Upředzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że wyżej wymienione dane są zgodne z prawdą.

.....
/miejsowość i data/

.....
/czytelny podpis kandydata/