

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

dla projektu pn. „Świetlica marzeń” realizowanym przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Janowie ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 dla osi priorytetowej: IX. Wyłączenie społeczne dla działań: 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne dla poddziałania: 9.2.5. Rozwój usług społecznych – konkurs

.....  
*imię i nazwisko dziecka*

.....  
*(data urodzenia)*

.....  
*(pesel)*

.....  
*(dane szkoły do jakiej uczęszcza dziecko, klasa)*

.....  
*(imię i nazwisko rodzica / opiekuna)*

.....  
*(nr telefonu kontaktowego rodzica / opiekuna)*

.....  
*(adres zamieszkania)*

.....  
*(kod pocztowy)*

.....  
*(miejscowość)*

### Osoba, którą należy powiadomić w razie wypadku i/lub innego zdarzenia:

.....  
*(imię i nazwisko)*

.....  
*(stopień pokrewieństwa)*

.....  
*(nr telefonu)*

.....  
*(adres zamieszkania)*

.....  
*(kod pocztowy)*

.....  
*(miejscowość)*

1. Czy Rodzina jest pod opieką GOPS:  NIE  TAK,

2. Czy Rodzina jest zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:  NIE  TAK,

**Występujące problemy w Rodzinie zgodne z art. 7 ustawy o pomocy Społecznej „Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu:” \* (zaznacz odpowiednie)**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ubóstwa                           | <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi   | <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po opuszczeniu z zakładu karnego |
| <input type="checkbox"/> sieroctwa                         | <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności   | <input type="checkbox"/> alkoholizm lub narkomania  |
| <input type="checkbox"/> bezdomności                       | <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych | <input type="checkbox"/> sytuacja kryzysowa   |
| <input type="checkbox"/> bezrobocia                        |   | <input type="checkbox"/> klęska ekologiczna   |
| <input type="checkbox"/> niepełnosprawności                | <input type="checkbox"/> trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą   | <input type="checkbox"/> inna   |
| <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby |   |   |
| <input type="checkbox"/> przemoc w rodzinie                |   |   |

**4. Czy Rodzina korzysta z pomocy Programu POPŻ- Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa 2014-2020:**  NIE  TAK,

**5. Czy dziecko posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,**  NIE  TAK, Jeśli tak,

to jakie: ..... TYP ORZECZENIA: .....

**6. Czy dziecko przebywa w pieczy zastępczej:**  NIE  TAK,

**7. Czy dziecko wychowuje się w rodzinie niepełnej:**  NIE  TAK,

**Oświadczam, że dziecko będzie odbierane z placówki przez:** .....

.....  
(Imię i Nazwisko, stopień pokrewieństwa, tel. kontaktowy)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis rodzica, opiekuna)

