**Załącznik Nr 3 do Regulaminu projektu „Wzgórze Kreatywności – usługi dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością oraz ich opiekunów faktycznych”**

**Formularz rekrutacyjny do projektu pn.: „Wzgórze Kreatywności – usługi dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością oraz ich opiekunów faktycznych”**

Proszę uzupełnić poniższe dane

**Dane uczestnika**

**Obywatelstwo:**

[ ]  Obywatelstwo polskie

[ ]  Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec

[ ]  Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE

**Rodzaj uczestnika:**

[ ]  Indywidualny

[ ]  Pracownik lub przedstawiciel instytucji/ podmiotu

**Imię:** …………………………………………………………………………………………………

**Nazwisko:** ………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PESEL:**

**Kraj:** …………………………………………………………………………………………………

**Województwo:** …………………………………………………………………………….……….

**Powiat / Gmina:**…………………………………………………………………………….………

**Miejscowość, kod pocztowy:**……………………………………………………………………

**Ulica, numer domu, mieszkania:**…………………………………………………..……………

**Telefon kontaktowy:** ………………………………………………………………………………

**Adres e-mail:** ………………………………………………………………………………….……

**Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu:**

**Osoba obcego pochodzenia:** [ ]  Tak [ ]  Nie

**Osoba państwa trzeciego:** [ ]  Tak [ ]  Nie

**Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane):** [ ]  Tak [ ]  Odmowa podania informacji [ ]  Nie

**Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:** [ ]  Tak [ ]  Nie

**Osoba z niepełnosprawnościami:** [ ]  Tak [ ]  Odmowa podania informacji [ ]  Nie

**Dane poniżej wypełnia przedstawiciel MOPS**

**Szczegóły wsparcia:**

**Data rozpoczęcia udziału w projekcie:** ………………………………………………………

**Data zakończenia udziału w projekcie:** ………………………………………………………

**Rodzaj wsparcia:**

**Zakres wsparcia:** [ ]  usługi społeczne

**Rodzaj przyznanego wsparcia: Data rozpoczęcia udziału we wsparciu:**

[ ]  krajowe szkolenie/kurs …………………………………………………………………………

[ ]  doradztwo/konsultacje …………………………………………………………………………

[ ]  inne ………………………………………………………………………………………………

[ ]  usługa społeczna, w tym:

[ ]  usługa asystencka ………………………………………………………………………………

[ ]  usługa opiekuńcza lub specjalistyczna opiekuńcza…………………………………………..

[ ]  usługa wsparcia rodziny ……………………….………………………………………………..

[ ]  sąsiedzka usługa opiekuńcza …………………………………………………………………..

[ ]  usługi transportu indywidualnego typu door to door …………………..……………………

[ ]  inne ………………………………………………………………………………………………..

Bielsko-Biała, dn. ……………………………………………………………………………………

 (Data i podpis osoby składającej formularz /

 Podpis opiekuna prawnego w przypadku osób ubezwłasnowolnionych)

Bielsko-Biała, dn. …..………………………………………………………………………………

 (Data i podpis osoby przyjmującej formularz)