**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)