



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
“Placówka Wsparcia Dziennego w Gminie Jordanów
„Szansą na Sukces”

Data wpływu deklaracji	
Podpis osoby przyjmującej	

Informacje o projekcie

Tytuł projektu	Placówka Wsparcia Dziennego w Gminie Jordanów
Numer projektu	RPMP.09.02.01-12-0364/17
Nazwa Realizatora	Gmina Jordanów

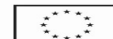
I. Dane uczestnika projektu

Imię i Nazwisko:	
Data i miejsce urodzenia	__-__-____
PESEL	_____
Adres zamieszkania:	ul. _____ nr budynku _____ nr lokalu _____ miejscowość _____ kod pocztowy __-____ poczta _____ powiat _____ gmina _____ województwo _____ kraj _____
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:	
<input type="checkbox"/> osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	
<input type="checkbox"/> migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	
<input type="checkbox"/> osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	
<input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	
<input type="checkbox"/> osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
W tym:	
<input type="checkbox"/> w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu (wypełnić w przypadku zaznaczenia opcji TAK powyżej) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<input type="checkbox"/> osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	

II. Dane rodzica wnioskującego o wsparcie

Dane Matki Dziecka

Imię i Nazwisko:	
Adres:	
Numer telefonu:	



E-mail:		
Informacje o Matce Dziecka (zaznaczyć właściwe lub wpisać nie dotyczy)	nie żyje	pozbawiona praw rodzicielskich
	ograniczone prawa rodzicielskie	po rozwodzie z ojcem dziecka

Dane Ojca Dziecka:

Imię i Nazwisko:		
Adres:		
Numer telefonu:		
E-mail:		
Informacje o Ojcu Dziecka (zaznaczyć właściwe lub wpisać nie dotyczy)	nie żyje	pozbawiony praw rodzicielskich
	ograniczone prawa rodzicielskie	po rozwodzie z matką dziecka

I. Dane opiekuna prawnego/ opiekunki prawnej dziecka

Imię i Nazwisko:	
Adres:	
Numer telefonu:	
E-mail:	

II. Forma i miejsce wsparcia (proszę wpisać TAK)

Lp.	Jestem zainteresowany/a następującą/yami formą/ami wsparcia:	
1	Placówka Wsparcia Dziennego	Opiekuncza
		Specjalistyczna
		Podwórkowa
2	Miejsce Placówki Wsparcia Dziennego	Łętownia
		Toporzysko

III. Oświadczenie dotyczące sytuacji rodzinnej (wpisać właściwe „TAK” lub „NIE”)

Lp.	Rodzaj sytuacji rodzinnej	„TAK”/„NIE”
1	dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego (zaznaczyć właściwe)	
3	typ orzeczenia (rodzaj niepełnosprawności)	
4	opinia pedagoga szkolnego o potrzebie wsparcia	
5	pozostawanie pod opieką GOPS Jordanów	
6	Rodzina korzystająca z PO PŻ - Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ)	
7	Dziecko z rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytocznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020	
8	posiadanie orzeczenie o niepełnosprawności sprzężonej lub zaburzeniach psychicznych lub znacznym/umiarkowanym stopniu niepełnosprawności dzieci	
9	osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego	

Data:	Podpis:
--------------	----------------