|  |
| --- |
| **FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH I TELEADRESOWYCH UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU** |
| Obywatelstwo |  |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL lub inny identyfikator |  |
| Płeć |  |
| **Adres zamieszkania i dane kontaktowe uczestnika/czki** |
| Kraj |  |
| Województwo |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
|  |
| **Status uczestnika/czki****projektu w chwili****przystąpienia do****projektu (proszę****zaznaczyć odpowiedzi,****które odnoszą się do****Pana/i sytuacji****społecznej)** | □ Osoba z niepełnosprawnościami□ Osoba obcego pochodzenia□ Osoba z krajów trzecich□ Osoba należąca do mniejszości , w tym społeczności marginalizowanych takich  jak Romowie,□ Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań□Żaden z powyższych |
| **Kryteria premiujące do udziału w projekcie**  | □ osoba z niepełnosprawnością: o znacznym lub umiarkowanym stopniu. sprzężoną, z chorobami psychicznymi, z niepełnosprawnością intelektualną, z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi, (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)□ korzystanie z programu FE PŻ□ dziecko wychowujące się poza rodziną biologiczną. |
| **Specjalne potrzeby** | □ Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową? Jeśli TAK, proszę opisać jakie:…………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………… □ Zapewnienie tłumacza języka migowego?□ Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką?□ Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnieniaspecyficznych potrzeb żywieniowych? Jeśli TAK, proszęopisać jakie:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………□ Inne specjalne potrzeby? Jeśli TAK, proszę opisaćjakie:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Formy wsparcia**  | □ Trening kompetencji wychowawczych□ Grupa samopomocowa□ Indywidualne konsultacje psychologiczne□ Szkolenia dla rodziców□ Warsztaty kreatywny rodzic□ Psychoterapia rodzinna□ Psychoterapia grupowa |

………………………………………………. ……………………………

Miejscowość, data Podpis uczestnika