|  |  |
| --- | --- |
| **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 uwzględnienia  specyficznych potrzeb żywieniowych? Jeśli TAK, proszę  opisać jakie:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  □ Inne specjalne potrzeby? Jeśli TAK, proszę opisać  jakie:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Formy wsparcia** | □ Trening kompetencji wychowawczych  □ Grupa samopomocowa  □ Indywidualne konsultacje psychologiczne  □ Szkolenia dla rodziców  □ Warsztaty kreatywny rodzic  □ Psychoterapia rodzinna  □ Psychoterapia grupowa |

………………………………………………. ……………………………

Miejscowość, data Podpis uczestnika