



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY  
UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE „RODZINA W CENTRUM 2”**

**Dane podstawowe**

Imię (imiona).....  
Nazwisko.....  
Płeć (zaznaczyć krzyżykiem)    ☐ Kobieta    ☐ Mężczyzna  
Wiek.....    Data urodzenia.....

**Adres zamieszkania**

Ulica.....    Nr domu.....    Nr lokalu.....  
Nazwa miejscowości.....    Kod pocztowy .....  
Miejscowość (zaznaczyć krzyżykiem)    ☐ miasto    ☐ wieś  
Gmina.....  
Powiat.....  
Województwo.....

**Dane kontaktowe**

Telefon domowy.....    Telefon komórkowy.....  
Adres poczty elektronicznej.....

**Dane dodatkowe**

Wykształcenie (zaznaczyć krzyżykiem)  
☐ brak    ☐ podstawowe    ☐ gimnazjalne    ☐ ponadgimnazjalne  
☐ policealne    ☐ wyższe

**Status uczestnika**

- ☐ osoba przebywająca w pieczy zastępczej,  
☐ osoba opuszczająca pieczę zastępczą,  
☐ osoba w rodzinie przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekunów – wychowawczych o której mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej ( w tym rodziny objęte wsparciem asystenta rodziny);  
☐ osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą,  
☐ kandydaci do sprawowania rodzinnej pieczy zastępczej,  
☐ osoby prowadzące rodzinne domy dziecka i dyrektorzy placówek opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego,  
☐ inne osoby, których udział w projekcie jest niezbędny do skutecznego wsparcia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym kandydaci do pełnienia funkcji rodziny zastępczej, wolontariusze<sup>1</sup>

**Formy wsparcia<sup>2</sup>**

**Deklaruję chęć skorzystania z następujących form wsparcia:**

- ☐ specjalistyczne poradnictwo rodzinne – pedagogiczne,  
☐ specjalistyczne poradnictwo rodzinne – prawne,

<sup>1</sup> w formach wsparcia zgodnych z Regulaminem uczestnictwa w projekcie

<sup>2</sup> jeśli partner oferuje daną formę wsparcia.



- ☐ specjalistyczne poradnictwo rodzinne – psychologiczne,
- ☐ specjalistyczne poradnictwo rodzinne – psychiatryczne,
- ☐ mediacje rodzinne,
- ☐ terapia rodzinna/grupowa i indywidualna/,
- ☐ warsztaty wzmacniające kompetencje rodzicielskie dla rodziców naturalnych i zastępczych,
- ☐ zajęcia animacyjne dla dzieci rodziców korzystających z warsztatów wzmacniających kompetencje,<sup>3</sup>
- ☐ warsztaty socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży w wieku od 7 do 14 lat przebywających w pieczy oraz w rodzinach naturalnych z problemami opiekuńczo-wychowawczymi,
- ☐ grupy wsparcia dla rodzin naturalnych i zastępczych,
- ☐ warsztaty „Moje emocje” dla dzieci przebywających w pieczy i oraz z rodzin z problemami opiekuńczo-wychowawczymi,
- ☐ szkolenia dla wolontariuszy,
- ☐ wyjazdy edukacyjne wzmacniające więzi i relacje pomiędzy rodzicami i dziećmi,
- ☐ superwizja rodzin zastępczych,
- ☐ warsztaty dla osób przebywających i opuszczających pieczę zastępczą,
- ☐ bony edukacyjne dla osób opuszczających pieczę zastępczą.

#### Informacje dodatkowe

1. Oświadczam, że poinformuje PCPR/MOPR/MOPS w ..... o każdej zmianie mojego statusu mającego wpływ na kwalifikacje do projektu.
2. Oświadczam, że w tym samym czasie nie korzystam z takich samych form wsparcia jednocześnie w żadnym innym projekcie współfinansowanym przez Europejski Fundusz Społeczny.
3. Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną<sup>4</sup>  
☐ TAK ☐ NIE
4. W przypadku dodatkowych potrzeb organizacyjnych wynikających z niepełnosprawności prosimy o podanie poniżej takiej informacji:  
.....

.....  
Data i podpis <sup>5</sup>

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych informując, iż:

1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Dyrektor Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Toruniu, ul. Janiny Bartkiewiczówny 93, 87-100 Toruń,

2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – [iod@rops.torun.pl](mailto:iod@rops.torun.pl)

3) Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rekrutacji do projektu „Rodzina w Centrum 2”.

4) Podstawą do przetwarzania tych danych jest art. 6 i 9 RODO.

5) Odbiorcami Państwa danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,

6) Państwa dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.

7) Posiadają Państwo prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, przenoszenia danych oraz prawo do cofnięcia zgody.

8) Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,

9) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ich niepodanie może skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w pkt 3.

<sup>3</sup> forma wsparcia zaplanowana tylko dla dzieci rodziców uczestniczących w warsztatach wzmacniających kompetencje rodzicielskie

<sup>4</sup> za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 1997 nr 123 poz. 776), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535).

<sup>5</sup> W przypadku jeśli karta zgłoszeniowa dotyczy osoby niepełnoletniej, formularz podpisuje osoba sprawującą opiekę.