Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**Formularz zgłoszeniowy do projektu**

pn. **Edukacja Włączająca w Bestwince**

**Dane osoby zgłaszającej się do projektu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane identyfikacyjne** | 1 | Obywatelstwo |  |
| 2 | Imię |  |
| 3 | Nazwisko |  |
| 4 | PESEL |  |
| 5 | Wykształcenie | podstawowe, gimnazjalne (ISCED 0-2)  średnie II stopnia: zawodowe, średnie, średnie zawodowe (ISCED 3)  policealne (ISCED 4)  wyższe (ISCED 5-8) |
| **Dane kontaktowe** | 1 | Gmina |  |
| 2 | Miejscowość |  |
| 3 | Ulica |  |
| 4 | Nr budynku |  |
| 5 | Nr lokalu |  |
| 6 | Kod pocztowy |  |
| 7 | Telefon |  |
| 8 | Adres e-mail (jeśli jest) |  |
| **Status osoby zgłaszającej się do projektu**  **(właściwe zakreślić)** | 1 | Osoba obcego pochodzenia | TAK/NIE |
| 2 | Osoba z krajów trzecich | TAK/NIE |
| 3 | Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie | TAK/NIE |
| 4 | Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | TAK/NIE |
| 5 | Osoba  z niepełnosprawnościami | TAK/NIE |
| 6. | Osoba opuszczające placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej | TAK/NIE |
| 7. | Osoba przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą | TAK/NIE |
| 8. | Osoba korzystająca z pomocy społecznej | TAK/NIE |
| 9. | Żadne z powyższych | TAK/NIE |
| 10. | Odmowa udzielenia odpowiedzi | TAK/NIE |
| **Status osoby na rynku pracy** **w chwili przystąpienia do projektu**  **(właściwe zakreślić)** | 1 | Osoba ucząca się | TAK/NIE  Podać nazwę szkoły: |
| 2 | Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy | TAK/NIE |
| 3 | Osoba bezrobotna nie zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy | TAK/NIE |
| 4 | Osoba bierna zawodowo | TAK/NIE |
| 5 | Osoba pracująca, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek | TAK/NIE  Podać nazwę zakładu pracy |
| **Oferta wsparcia** | 1 | **Oferujemy zajęcia dla dzieci:**   * Robotyka dla 10 dzieci, 150 godz. * Zajęcia specjalistyczne Integracja sensoryczna dla 6 dzieci, 450 godz. * Zajęcia na świetlicy oraz zaangażowanie pomocy nauczyciela do uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. * Zajęcia trening umiejętności społecznych dla 6 dzieci, 160 godz. * Zajęcia socjoterapeutyczne dla 2 uczniów, 160 godz.   **Wsparcie szkoły:**   * Zakup wyposażenia do gabinetu sensorycznego, * Zakup wyposażenia do Sali terapeutycznej „Sala Doświadczania Świata”, * Pomalowanie gabinetu terapeutycznego oraz montaż oświetlenia, położenie wykładziny, * Zakup sprzętu IT do prowadzenia zajęć z robotyki, * Zakup programów do zajęć́ specjalistycznych dla dzieci z autyzmem, * Zakup wyposażenia do świetlicy i jej pomalowanie.   **Kursy i szkolenia dla nauczycieli:**   * Akademia Librusa, * Alternatywna Metoda Komunikacji "Alternatywne i wspomagające formy komunikacji AAC". | |

**Do formularza proszę dołączyć dokumenty potwierdzające kwalifikowalność**

**(orzeczenia, opinie poradni PPP zaświadczenia lekarskie, itd.), w przypadku, kiedy nie zostały wcześniej do szkoły dostarczone.**

………., dn. ........................... ...............................................................

(data) (czytelny podpis osoby zgłaszającej się\*)

\*W przypadku osoby niepełnoletniej dokumenty podpisuje rodzic/opiekun prawny.

**Uwagi kandydatów/kandydatek z niepełnosprawnością związane z potencjalnym uczestnictwem w projekcie umożliwiające udział na takich samych warunkach jak inne osoby uczestniczące w projekcie (załącznik nie jest obowiązkowy).**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnością** | |
| ⬜ TAK | ⬜ NIE |
| **Niepełnosprawność potwierdzona:** | |
| ⬜ ORZECZENIE | ⬜ INNY DOKUMENT |
| **Czy ma Pan/i specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane**  **z uczestnictwem w projekcie?**  *(*można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź): | |
| ⬜ przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych  ⬜ alternatywne formy materiałów (np. z użyciem alfabetu Braille`a itp.)  ⬜ zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie  ⬜ zapewnienie tłumacza języka migowego  ⬜ inne: ……………………………………………………………………………… . | |
| **Jakie trudności ma Pan/ Pani ze względu na swoją niepełnosprawność?** *(*można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź): | |
| ⬜ samodzielne poruszanie się  ⬜ czytanie i rozumieniem tekstu  ⬜ komunikowanie się z otoczeniem  ⬜ trudności emocjonalne  ⬜ inne…………………………………………………………………………………  ⬜ nie mam. | |
| **Czy będzie Panu/Pani potrzebna osoba (asystent), która pomoże podczas udziału we wsparciu oferowanym w projekcie? (**można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź**):** | |
| ⬜ podczas przemieszczania się (np. do miejsca szkolenia i z powrotem),  ⬜ w komunikowaniu się z otoczeniem,  ⬜ w tłumaczeniu na język migowy,  ⬜ w nauce,  ⬜ w zastępczej opiece nad osobą z niepełnosprawnością (w tym dzieckiem/ dziećmi),  ⬜ inne……………………………………………………………………………………  ⬜ nie potrzebuje. | |

………., dn. ........................... ...............................................................

(data) (czytelny podpis osoby zgłaszającej się\*)

\*W przypadku osoby niepełnoletniej dokumenty podpisuje rodzic/opiekun prawny.