**Organizator : Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania**

**Dorzecza Zgłowiączki (LGD)**

**KARTA ZGŁOSZENIOWA DO UCZESTNICTWA**

 **W WARSZTATACH Z ZAKRESU AKTYWIZACJI SPOŁECZNEJ**

1. **Dane osobowe:**

Imię i nazwisko.…………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………...

Data urodzenia……………………………………………………………………………………………...

Gmina………………………………………………………………………………………………………

Nr telefonu …………………………………………………………………………………………………

1. **Czy Pan/i korzysta ze świadczeń pomocy społecznej?**

TAK □ NIE □

1. **Czy jest Pan/i osobą o której mowa w art. 1 ust. 2 z dnia 13 czerwca 2003r o zatrudnieniu**  **socjalnym** (tj. osobą bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; osobą uzależniona od alkoholu, osobą uzależnioną od narkotyków lub innych środków odurzających; osobą chorą psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego; osobą długotrwale bezrobotną w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, osobą zwolnionych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; uchodźcą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; osobą niepełnosprawną, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych - która podlega wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym

TAK □ NIE □

1. **Czy jest Pan/ i osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczą zastępczą**

**lub osobą przeżywającą trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo- wychowawczych ?**

TAK □ NIE □

1. **Czy jest Pan/i osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania**

 **demoralizacji i przestępczości?**

TAK □ NIE □

1. **Czy jest Pan/i osobą przebywającą w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii ?**

TAK □ NIE □

1. **Czy jest Pan/i osobą niepełnosprawną?**

TAK □ NIE □

1. **Czy należy Pan/i do rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym, w której co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem niepełnosprawnością?**

TAK □ NIE □

1. **Czy jest Pan/i osobą zakwalifikowaną do III profilu pomocy w Urzędzie Pracy?**

TAK □ NIE □

1. **Czy jest Pan/i osobą niesamodzielną?** (są to osoby, które ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki i wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego)

TAK □ NIE □

1. **Czy jest Pan/i osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań ?**

TAK □ NIE □

1. **Czy jest pan/i osobą korzystającą z POPŻ?** *(Program Operacyjny Pomoc**Żywnościowa)*

TAK □ NIE □

1. **Czy jest Pan/i z otoczenia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym?** (są to osoby spokrewnione lub niespokrewnione z osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym wspólnie zamieszkujące i gospodarujące, a także inne osoby z najbliższego środowiska osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, osoby sprawujące rodzinną pieczę zastępczą lub kandydaci do sprawowania rodzinnej pieczy zastępczej, osoby prowadzące rodzinne domy dziecka i dyrektorzy placówek opiekuńczo- wychowawczych typu rodzinnego*)*

TAK □ NIE □

……………………………………………..

 Data i Czytelny podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla realizacji zadań związanych z LSR zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych.

……………………………………………..

Data i Czytelny podpis