



Załącznik nr 2a do Regulaminu uczestnika

Karta zgłoszenia do projektu (rodziny biologiczne)

Ja, _____ niżej
podpisany(a).....

imię i nazwisko

PESEL:

.....

,

nr PESEL

zgłaszam chęć uczestnictwa w Projekcie pn. „Poprawa dostępu do usług społecznych wspierających rodzinę i rodzinną pieczę zastępczą na terenie MOF Poznania oraz deklaruję chęć udziału we wskazanych niżej usługach (proszę zaznaczyć X w polu przy wybranych usługach):

zgłaszam, w imieniu własnym oraz wskazanych poniżej członków rodziny, chęć skorzystania ze wsparcia **Asystenta Rodziny**

(usługa w projekcie dostępna na terenie: Miasta Poznania, Gminy Buk, Gminy Czerwonak, Gminy Luboń, Gminy Murowana Goślina, Gminy Oborniki, Gminy Pobiedziska, Gminy Puszczykowo, Gminy Rokietnica, Gminy Swarzędz, Gminy Szamotuły, Gminy Śrem, Gminy Tarnowo Podgórne)

LP	imię i nazwisko	nr PESEL	stopień pokrewieństwa	korzysta z innych usług w ramach w/w projektu (tak/nie)

zgłaszam, w imieniu własnym oraz wskazanych poniżej członków rodziny, chęć skorzystania z usług specjalistycznych **w zakresie poradnictwa prawnego**

(usługa w projekcie dostępna na terenie: Gminy Czerwonak, Gminy Swarzędz)

LP	imię i nazwisko	nr PESEL	stopień pokrewieństwa	korzysta z innych usług w ramach w/w projektu (tak/nie)

zgłaszam, w imieniu własnym oraz wskazanych poniżej członków rodziny, chęć skorzystania z usług specjalistycznych **w zakresie poradnictwa medycznego**

(usługa w projekcie dostępna na terenie: Miasta Poznania, Gminy Czerwonak, Gminy Pobiedziska, Gminy Swarzędz, Gminy Śrem)

LP	imię i nazwisko	nr PESEL	stopień pokrewieństwa	korzysta z innych usług w ramach w/w projektu (tak/nie)

zgłaszam, w imieniu własnym oraz wskazanych poniżej członków rodziny, chęć skorzystania z usług specjalistycznych **w zakresie poradnictwa psychologicznego**

(usługa w projekcie dostępna na terenie: Miasta Poznania, Gminy Czerwonak, Gminy Oborniki, Gminy Pobiedziska, Gminy

Swarzędz,

Gminy Luboń)

LP	imię i nazwisko	nr PESEL	stopień pokrewieństwa	korzysta z innych usług w ramach w/w projektu (tak/nie)

zgłaszam, w imieniu własnym oraz wskazanych poniżej członków rodziny, chęć skorzystania z usług specjalistycznych **w zakresie poradnictwa pedagogicznego**

(usługa w projekcie dostępna na terenie: Miasta Poznania, Gminy Czerwonak, Gminy Kleszczewo, Gminy Swarzędz, Gminy Śrem)

LP	imię i nazwisko	nr PESEL	stopień pokrewieństwa	korzysta z innych usług w ramach w/w projektu (tak/nie)

zgłaszam, w imieniu własnym oraz wskazanych poniżej członków rodziny, chęć skorzystania z usług specjalistycznych **w zakresie poradnictwa trenera umiejętności funkcjonowania w rodzinie**

(usługa w projekcie dostępna na terenie: Gminy Śrem, Gminy Luboń)

LP	imię i nazwisko	nr PESEL	stopień pokrewieństwa	korzysta z innych usług w ramach w/w projektu (tak/nie)

zgłaszam, w imieniu własnym oraz wskazanych poniżej członków rodziny, chęć skorzystania z usług specjalistycznych **w zakresie poradnictwa specjalisty ds. przemocy**

(usługa w projekcie dostępna na terenie: Gminy Śrem, Gminy Luboń)

LP	imię i nazwisko	nr PESEL	stopień pokrewieństwa	korzysta z innych usług w ramach w/w projektu (tak/nie)

zgłaszam, w imieniu własnym oraz wskazanych poniżej członków rodziny, chęć skorzystania z usług specjalistycznych **w zakresie poradnictwa psychologa dziecięcego**
(usługa w projekcie dostępna na terenie: Gminy Śrem)

LP	imię i nazwisko	nr PESEL	stopień pokrewieństwa	korzysta z innych usług w ramach w/w projektu (tak/nie)

zgłaszam, w imieniu własnym oraz wskazanych poniżej członków rodziny, chęć skorzystania z usług specjalistycznych **w zakresie poradnictwa psychiatry**
(usługa w projekcie dostępna na terenie: Gminy Śrem)

LP	imię i nazwisko	nr PESEL	stopień pokrewieństwa	korzysta z innych usług w ramach w/w projektu (tak/nie)

zgłaszam, w imieniu własnym oraz wskazanych poniżej członków rodziny, chęć skorzystania z usług specjalistycznych **w zakresie rodziny wspierające**
(usługa w projekcie dostępna na terenie: Miasta Poznania)

LP	imię i nazwisko	nr PESEL	stopień pokrewieństwa	korzysta z innych usług w ramach w/w projektu (tak/nie)

Jednocześnie zaświadczam w imieniu własnym oraz wskazanych powyżej członków rodziny, że nie otrzymuję wsparcia z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 PO PŻ w zakresie zgłoszonym w *Karcie zgłoszenia do projektu*.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis kandydata