



Fundusze Europejskie  
dla Śląskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Województwo  
Śląskie

Załącznik nr 2 do zarządzenia Nr AiK.0200.19.2024  
Dyrektora Centrum Usług Społecznych w Łaziskach Górnych  
z dnia 1 kwietnia 2025 r.

Załącznik nr 2 do Regulaminu  
realizacji projektu

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

(dla osoby niepełnoletniej)

**projektu: „Rodzina w Centrum – wsparcie rodzin w mieście Łaziska Górne”  
w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027  
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus  
(EFS+), Umowa o dofinansowanie UDA-FESL.07.07-IZ.01-0376/23-00**

| DANE OPIEKUNA                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------|
| Imię i nazwisko:                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                          |         |
| Telefon kontaktowy:                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Adres e-mail                             |         |
| Dalsza część formularza dotyczy danych osoby niepełnoletniej                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |         |
| DANE OSOBOWE                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |         |
| Rodzaj uczestnictwa:<br><input type="checkbox"/> indywidualny<br><input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu:<br>.....                                                                                                                                                   |                                          |         |
| Obywatelstwo:<br><input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju Unii Europejskiej,<br><input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub kraju Unii Europejskiej – obywatel kraju spoza Unii Europejskiej/bezpaństwowiec<br><input type="checkbox"/> obywatelstwo polskie |                                          |         |
| Imię:                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nazwisko:                                |         |
| PESEL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Inny identyfikator:                      |         |
| Płeć:                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Wiek w chwili przystąpienia do projektu: |         |
| DANE TELEADRESOWE                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                          |         |
| Kraj:                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Województwo:                             | Powiat: |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Miejscowość:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Gmina:                                                                                                                                                                                                                                            |
| Ulica i nr:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Kod pocztowy:                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>STATUS W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p>Osoba obcego pochodzenia<sup>1)</sup>:</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><small><sup>1)</sup> Osoba obcego pochodzenia – to cudzoziemiec nie posiadający polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.</small></p> | <p>Osoba państwa trzeciego<sup>2)</sup>:</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><small><sup>2)</sup> Osoba państwa trzeciego – to osoby, które są obywatelami krajów spoza Unii Europejskiej.</small></p> |
| <p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane):</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p>                                                                                          | <p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>                                                                                                   |
| <p>Osoba z niepełnosprawnościami:</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p>                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>SZCZEGÓŁY WSPARCIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie:                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Data zakończenia udziału w projekcie:                                                                                                                                                                                                             |
| <p>Zakończenie udziału w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa:</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>RODZAJ WSPARCIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p>Zakres wsparcia:</p> <p><input type="checkbox"/> usługi społeczne</p>                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p>Rodzaj przyznanego wsparcia:</p> <p><input type="checkbox"/> Asystent rodziny</p>                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Data rozpoczęcia udziału we wsparciu:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Data zakończenia udziału we wsparciu: |
| <input type="checkbox"/> Placówka Wsparcia Dziennego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |
| Data rozpoczęcia udziału we wsparciu:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Data zakończenia udziału we wsparciu: |
| <input type="checkbox"/> opieka wytchnieniowa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |
| Data rozpoczęcia udziału we wsparciu:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Data zakończenia udziału we wsparciu: |
| <input type="checkbox"/> zajęcia specjalistyczne dla dzieci oraz konsultacje dla rodziców w sprawie dzieci                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                       |
| Data rozpoczęcia udziału we wsparciu:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Data zakończenia udziału we wsparciu: |
| <p align="center"><b>INFORMACJA O MOŻLIWOŚCI ZGŁASZANIA SZCZEGÓLNYCH POTRZEB</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |
| <p>Co możemy zrobić, aby .....<sup>3)</sup> czuł/czuła się u nas komfortowo? Proszę zaznaczyć właściwą opcję:</p> <p><input type="checkbox"/> nie widzę potrzeby zmian, warunki są komfortowe;</p> <p>lub</p> <p><input type="checkbox"/> tłumacz polskiego języka migowego,</p> <p><input type="checkbox"/> asystent,</p> <p><input type="checkbox"/> pokój dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami,</p> <p><input type="checkbox"/> zapewnienie warunków dla psa asystującego,</p> <p><input type="checkbox"/> inne: .....</p> |                                       |
| <p align="center"><b>DEKLARACJA UCZESTNICTWA</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |
| <p>Deklaruję udział .....<sup>3)</sup> w projekcie: „Rodzina w Centrum - wsparcie rodzin w mieście Łaziska Górne” w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), Umowa o dofinansowanie UDA-FESL.07.07-IZ.01-0376/23-00.</p>                                                                                                                                                                                                                   |                                       |
| <p align="center"><b>OŚWIADCZENIA</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |
| <p>1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem realizacji Projektu: „Rodzina w Centrum - wsparcie rodzin w mieście Łaziska Górne” w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), Umowa o dofinansowanie UDA-FESL.07.07-IZ.01-0376/23-00, akceptuję jego treść i zobowiązuję się do jego przestrzegania.</p>                                                                                                                              |                                       |
| <p>2. Oświadczam, że .....<sup>3)</sup> spełnia kryteria kwalifikujące do udziału w projekcie: „Rodzina w Centrum - wsparcie rodzin w mieście Łaziska Górne” w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |

Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), Umowa o dofinansowanie UDA-FESL.07.07-IZ.01-0376/23-00, określone w Regulaminie realizacji Projektu o którym mowa w ust. 1 powyżej. Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

3. Oświadczam, że .....<sup>3)</sup> biorący/a udział w projekcie: „Rodzina w Centrum - wsparcie rodzin w mieście Łaziska Górne” w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), Umowa o dofinansowanie UDA-FESL.07.07-IZ.01-0376/23-00 w trakcie jego realizacji lub/ i po jego zakończeniu weźmie udział w badaniu ewaluacyjnym, polegającym na udzieleniu odpowiedzi na pytania dotyczące rezultatów projektu.

#### **ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU**

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody\* na nieodpłatne utrwalenie, wykorzystanie i rozpowszechnianie wizerunku .....<sup>3)</sup> w celach promocyjnych i informacyjnych związanych z realizacją projektu „Rodzina w Centrum – wsparcie rodzin w mieście Łaziska Górne” w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus przez Województwo Śląskie pełniące rolę Instytucji Zarządzającej Programem Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027, Miasto Łaziska Górne będące beneficjentem projektu na podstawie umowy z dnia 19 września 2024 r. nr UDA-FESL.07.07-IZ.01-0376-23/00, Centrum Usług Społecznych w Łaziskach Górnych będące podmiotem realizującym projekt.

Zgoda / Brak zgody\* dotyczy fotografii, wypowiedzi i nagrań audiowizualnych w ramach realizacji projektu oraz obejmuje takie formy publikacji jak: materiały promocyjne (np. foldery, broszury, banery, plakaty) artykuły prasowe w wersji papierowej i elektronicznej, umieszczenie na stronach internetowych, serwisach społecznościowych prowadzonych dla wskazanych powyżej podmiotów. Dopuszczam możliwość przetwarzania wizerunku .....<sup>3)</sup> przez kadrowanie i obróbkę, w tym obróbkę cyfrową.

Zgoda / Brak zgody\* odnosi się do wielokrotnego, nieograniczonego czasowo i terytorialnie rozpowszechniania wizerunku, bez konieczności każdorazowego zatwierdzania.

\* *niepotrzebne skreślić*

<sup>3)</sup> *dane osoby niepełnoletniej*

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis)

#### **Pouczenie**

Art. 36. ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych:

1. Kwalifikowanie oraz ustalanie opłaty za usługi społeczne, jeżeli program usług społecznych przewiduje opłatę za określone w nim usługi społeczne, odbywa się na podstawie złożonych przez wnioskodawców oświadczeń o spełnieniu określonych w programie usług społecznych warunków do korzystania z tych usług oraz o uprawnieniu do ulg w opłacie za usługi społeczne.  
2. Oświadczenia, o których mowa w ust. 1, składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

Art. 233. ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny:

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

**Rekrutację przeprowadził:**

.....  
(data i podpis)

**Akceptacja kierownika komórki organizacyjnej:**

.....  
(data i podpis)

**Zatwierdzenie przez Dyrektora:**

.....  
(data i podpis)