Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Poprawa dostępu do usług społecznych wspierających rodziny i rodzinną pieczę zastępczą na terenie MOF Poznania – EDYCJA III”

**Karta kwalifikowalności**  
kandydata/kandydatki do uczestnictwa w projekcie „Poprawa dostępu do usług społecznych wspierających rodziny i rodzinną pieczę zastępczą na terenie MOF Poznania – EDYCJA III”

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dane kandydata: | | | | | | | | | | | | |
| Imię (imiona): | | | | | | | | | | | | Nazwisko: |
|  | | | | | | | | | | | |  |
| PESEL: | | | | | | | | | | | | Data pierwszego zgłoszenia: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Kryteria kwalifikacji do projektu** | |
| * 1. Przynależność do grupy docelowej ***(zaznaczyć X we właściwym polu)*** | |
| 1. dzieci i młodzież z rodzin biologicznych oraz przebywający w pieczy zastępczej, przeżywające problemy natury opiekuńczo-wychowawcze |  |
| 1. osoby z najbliższego otoczenia (np. rodzice biologiczni i zastępczy) osób wymienionych w punkcie a) |  |
| 1. osoby, zaangażowane w realizację zadań w zakresie systemu wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej (np. kandydaci na rodziców zastępczych, zawodowe i niezawodowe rodziny zastępcze) |  |
| * 1. Zamieszkiwanie na określonym obszarze ***(zaznaczyć X we właściwym polu)*** | |
| osoba zamieszkująca (ucząca się, pracująca lub zamieszkująca w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego) na terenie gmin: Czerwonak, Luboń, Mosina, Murowana Goślina, Oborniki, Puszczykowo, Rokietnica, Swarzędz, Śrem, Tarnowo Podgórne oraz Powiatu Poznańskiego i Miasta Poznania |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2. Kwalifikacja | | |
| Na podstawie przeprowadzonej powyżej analizy stwierdzam, że pan/pani……………………………………………………..   kwalifikuje się\* /  nie kwalifikuje się do objęcia wsparciem w ramach projektu  ***(kandydat/kandydatka kwalifikuje się do udziału w projekcie, jeśli należy przynajmniej do jednej grupy docelowej określonej w punkcie 1.1 oraz zamieszkuje na obszarze wymienionym w punkcie 1.2)*** | | |
| *……………………………………………………*  *data* | *……………………………………………………*  *Podpis i pieczęć pracownika*  *prowadzącego procedurę naboru* | *……………………………………………………*  *Akceptacja kierownika* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3. Kwalifikacja do poszczególnych rodzajów wsparcia  ***Należy wpisać nazwę rodzaju wsparcia i podać datę zakwalifikowania. W razie złożenia przez uczestnika/czkę kolejnej karty zgłoszeniowej należy zaktualizować kartę kwalifikowalności poprzez wpisanie nowego rodzaju wsparcia oraz stosownej daty.*** | | | |
| Nazwa wsparcia | Data zakwalifikowania do wsparcia | Podpis pracownika prowadzącego procedurę naboru | Akceptacja kierownika |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |