

Wniosek o skierowanie do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych przez Centrum Integracji Społecznej w

☐ **WNIOSKODAWCA**

Wnioskuję o skierowanie Pana/Pani:

.....

do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych przez Centrum Integracji Społecznej

.....
pieczęć instytucji wnioskującej

.....
podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania instytucji wnioskującej



Wyrażam zgodę na złożenie niniejszego wniosku

.....
Podpis Kandydata
lub przedstawiciela ustawowego Kandydata



KANDYDAT LUB PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY KANDYDATA

.....
podpis Kandydata
lub przedstawiciela ustawowego Kandydata

zgodnie z art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, osoba może, zostać skierowana do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych przez Centrum na wniosek zakładu leczenia odwykowego, powiatowego centrum pomocy rodzinie, ośrodka pomocy społecznej, a w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych – centrum usług społecznych, organizacji pozarządowej lub klubu integracji społecznej, za zgodą tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego lub w przypadku osób długotrwale bezrobotnych przez powiatowy urząd pracy z powiadomieniem właściwego dla miejsca zamieszkania lub pobytu tej osoby ośrodka pomocy społecznej lub centrum usług społecznych

Część A**DANE KANDYDATA, T.J. OSOBY KIEROWANEJ DO UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH
PROWADZONYCH PRZEZ CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ (wypełnia kandydat)****I. INFORMACJE WSTĘPNE**

Imię:

Nazwisko:

Nr PESEL:

Nr telefonu:

Adres zamieszkania:

Kod pocztowy:, Miejscowość:

Ulica:, Nr domu: Nr mieszkania:

Adres pobytu czasowego (wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):

Kod pocztowy:, Miejscowość:

Ulica:, Nr domu: Nr mieszkania:

II. SYTUACJA ZAWODOWA KANDYDATA

Wykształcenie: (należy zaznaczyć tylko jedno pole)

- ☐ **brak:** brak formalnego wykształcenia
- ☐ **podstawowe:** kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej (ISCED 1)
- ☐ **gimnazjalne:** kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej (ISCED 2)
- ☐ **ponadgimnazjalne:** kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe) (ISCED 3)
- ☐ **policealne:** kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym (ISCED 4)
- ☐ **wyższe:** pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym (ISCED 5-8)



Fundusze Europejskie
dla Podkarpacia



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODKARPACKIE
przestrzeń otwarta

Kwalifikacje, umiejętności oraz doświadczenie zawodowe(np. prawo jazdy, uprawnienia do wykonywania określonych prac, wyuczony zawód, odbyte szkolenia, przebieg dotychczasowej pracy zawodowej)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. PREFERENCJE DOTYCZĄCE UCZESTNICTWA W WARSZTATACH

Chciał(a)bym wziąć udział w zajęciach przyuczających do pracy zawodowej w warsztacie:
(proszę wpisać nazwę warsztatu)

.....



IV. OŚWIADCZENIA KANDYDATA

Upředzona/-y o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń wynikających z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 17) oświadczam, iż:

- wszystkie wyżej podane w części A wniosku dane są zgodne z prawdą,
- wyrażam zgodę na uczestnictwo w zajęciach prowadzonych przez Centrum Integracji Społecznej, na zasadach określonych w Regulaminie Centrum i w Indywidualnym Programie Zatrudnienia Socjalnego,
- wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą pocztową, telefoniczną,
- jestem świadoma/y, iż złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne ze zobowiązaniem Centrum do zakwalifikowania mnie do uczestnictwa w Centrum.

.....
data i podpis Kandydata

Upředzona/-y o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń wynikających z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 17) oświadczam, iż **(należy zaznaczyć jedno pole):**

- ☐ posiadam
☐ nie posiadam

prawo do któregośkolwiek z następujących świadczeń: zasiłku dla bezrobotnych; zasiłku przedemerytalnego; świadczenia przedemerytalnego; renty strukturalnej; renty z tytułu niezdolności do pracy; emerytury; nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego.

.....
data i podpis Kandydata

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie zawartych powyżej danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO - Dz.U. UE L 119, s. 1) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Caritas Archidiecezji Przemyskiej, ul. Kapitulna 1, 37-700 Przemyśl, moich danych osobowych w celu i zakresie niezbędnym przez Caritas Archidiecezji Przemyskiej do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji projektu „Akademia kompetencji z CIS”

.....
data i podpis Kandydata

V. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO KANDYDATA (jeśli dotyczy)

Imię i Nazwisko:

.....

Dane kontaktowe (telefon, e-mail)

.....



Część B

OPINIA PRACOWNIKA SOCJALNEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ WŁAŚCIWEGO DLA MIEJSCA ZAMIESZKANIA LUB POBYTU KANDYDATA PO UPRZEDNIM PRZEPROWADZENIU WYWIADU ŚRODOWISKOWEGO (RODZINNEGO)

Opinia pracownika socjalnego Ośrodka Pomocy Społecznej w

dotycząca zakwalifikowania Pana / Pani
do uczestnictwa

w zajęciach prowadzonych przez Centrum Integracji Społecznej wpo
przeprowadzonym wywiadzie środowiskowym, w dniu

I. STATUS KANDYDATA

Prosimy zaznaczyć status osoby zgodnie z art. 1 ust. 2 ustawy o zatrudnieniu socjalnym t.j.
Dz. U. z 2020 r. poz. 176, z 2022 r. poz. 218, 1812)

- ☐ **osoba bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej**
- ☐ **osoba uzależniona od alkoholu**
- ☐ **osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających**
- ☐ **osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,**
- ☐ **osoba długotrwale bezrobotna, w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy tj. bezrobotny pozostający w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych**
- ☐ **osoba zwalniana z zakładu karnego, mająca trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej**
- ☐ **osoba będąca uchodźcą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,**
- ☐ **osoba niepełnosprawna, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych**
- ☐ **inne.....**

Ocena stanu zdrowia - w przypadku istnienia schorzeń lub przewlekłych dolegliwości wymienić jakie, podać ewentualne przeciwwskazania do pracy:

.....

.....

.....



....., dnia

**OPINIA dotycząca wniosku o skierowanie do uczestnictwa w zajęciach
w Centrum Integracji Społecznej w**

Imię i Nazwisko:, Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Tel.:, Wykształcenie

i zawód:

1. Przyczyna skierowania do Centrum Integracji¹:

- ☐ **osoba bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej**
- ☐ **osoba uzależniona od alkoholu**
- ☐ **osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających**
- ☐ **osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,**
- ☐ **osoba długotrwale bezrobotna, w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy tj. bezrobotny pozostający w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych,**
- ☐ **osoba zwalniana z zakładu karnego, mająca trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej**
- ☐ **osoba będąca uchodźcą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,**
- ☐ **osoba niepełnosprawna, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych**
- ☐ **inne.....**

2. Struktura rodziny:

.....

.....

.....

¹ (proszę wstawić X w przypadku właściwej odpowiedzi)



3. Stan zdrowia:

a) grupa inwalidzka nie tak; stopień: przyczyna:

b) leczenie specjalistyczne nie tak; jakie:

.....

c) uzależnienie(narkotyki, alkohol, inne środki odurzające, potrzeba terapia, nadużywanie
w przeszłości i obecnie)

.....

.....

.....

4. Karalność(czy był/a karany, wyrok w zawieszeniu, czy jest pod opieką kuratora, nadzór?)

.....

.....

5. Czy występują zobowiązania finansowe, zadłużenie komornicze? Jakież?

.....

.....

.....

6. Mocne strony kandydata:

.....

.....

.....

7. Słabe strony kandydata:

.....

.....

.....

8. Wnioski i ogólna ocena kandydata pod kontem uczestnictwa w CIS(motywacja do zmian,
wsparcie ze strony bliskich, sugestie, uwagi):

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczęć i podpis pracownika socjalnego)



Fundusze Europejskie
dla Podkarpacia



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODKARPACKIE
przestrzeń otwarta

....., dnia.....

Zaświadczenie

Zaświadczam, że Pan/Pani
zamieszkały..... PESEL.....
korzysta/nie korzysta z pomocy żywnościowej w ramach Programu Fundusze Europejskie Pomoc
Żywnościowa na lata 2021-2027.

Zaświadczam, że zakres wsparcia osoby lub ich rodzin nie powieli działań, które otrzymał/otrzymuje
z Programu FE PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w Programie FE PŻ.

.....
podpis dyrektora/kierownika ośrodka pomocy społecznej