|  |
| --- |
| **CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ FAMA W SZCZYTNIE****UL. M.C. SKŁODOWSKIEJ 11A, 12-100 SZCZYTNO** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WNIOSEK O SKIEROWANIE DO UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH PROWADZONYCH PRZEZ CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ FAMA** **W SZCZYTNIE**WNIOSKODAWCA\*

|  |
| --- |
| □ KANDYDAT LUB PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY KANDYDATA …………….........................................................................podpis kandydata lub przedstawiciela ustawowego kandydata |

|  |
| --- |
| □ ZAKŁAD LECZNICTWA ODWYKOWEGO, POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE, OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ LUB PRZEKSZTAŁCONY OPS W CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH, ORGANIZACJA POZARZĄDOWA LUB KLUB INTEGRACJI SPOŁECZNEJ ................................................... ............................................................... pieczęć instytucji wnioskującej podpis osoby upoważnionej do reprezentowania instytucji wnioskującejWYRAŻAM ZGODĘ NA ZŁOŻENIE NINIEJSZEGO WNIOSKU..........................................................................podpis kandydata lub przedstawiciela ustawowego |

INSTYTUCJA KIERUJĄCA DO UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH\*

|  |
| --- |
| Na podstawie niniejszego wniosku, kieruję Pana/Panią.........................................................................................................................do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych przez **CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ FAMA W SZCZYTNIE**....................................................... ..................................................... pieczęć instytucji kierującej kandydata podpis osoby upoważnionej  do uczestnictwa w zajęciach do reprezentowania Instytucji  prowadzonych przez Centrum kierującej kandydata do uczestnictwa w Centrum |

\* - zgodnie z art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. z późn. zm. o zatrudnieniu socjalnym, osoba może, na podstawie własnego wniosku lub wniosku przedstawiciela ustawowego, zakładu lecznictwa odwykowego, powiatowego centrum pomocy rodzinie, ośrodka pomocy społecznej, w przypadku przekształcenia ops w centrum usług społecznych - centrum usług społecznych, zostać skierowana do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych przez Centrum przez właściwy dla miejsca zamieszkania lub pobytu ośrodek pomocy społecznej, centrum usług społecznych ( w przypadku przekształcenia ops w centrum usług społecznych), lub – w przypadku osób długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy – przez powiatowy urząd pracy (wówczas należy powiadomić właściwy dla miejsca zamieszkania lub pobytu tej osoby ośrodek pomocy społecznej lub przekształcone z ops centrum usług społecznych). |

**CZĘŚĆ A**

**DANE KANDYDATA, TJ. OSOBY KIEROWANEJ DO UCZESTNICTWA
 W ZAJĘCIACH PROWADZONYCH PRZEZ CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ FAMA W SZCZYTNIE.**

**I. INFORMACJE WSTĘPNE**

……………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko kandydata na uczestnika

……………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania/ pobytu (adres do korespondencji)

PESEL ……………………………………………………..…………………………….

Nr telefonu ……………………………………………………………….........................

Wiek osoby kierowanej ……………………………………………….…………………

 (w latach)

**II. SYTUACJA ZAWODOWA KANDYDATA**

**Wykształcenie**: (należy zaznaczyć tylko jedno pole)

* brak: brak formalnego wykształcenia
* podstawowe wykształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej
* gimnazjalne wykształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej
* średnie wykształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (LO, Technikum)
* zawodowe wykształcenie ukończenie zasadniczej szkoły zawodowej
* policealne ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym
* wyższe i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym

**Zatrudnienie:**(należy zaznaczyć tylko jedno pole)

* bez zatrudnienia, zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy
* bez zatrudnienia, niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy
* zatrudniony, w rozumieniu Kodeksu pracy, w szczególności pozostaje w stosunku pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, oraz Kodeksu Cywilnego, w szczególności w zakresie umów cywilno-prawnych (umowy zlecenia, umowy o dzieło).

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

…………………………………………………………………………………..…….………………………………………………………………………………………………...……………

**III. OŚWIADCZENIA KANDYDATA**

Uprzedzona/-y o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń wynikających z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), oświadczam, iż:

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

……..…………………………………………………………….

 data i podpis kandydata

Uprzedzona/-y o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń wynikających z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), oświadczam, iż (należy zaznaczyć jedno pole):

* posiadam
* nie posiadam

prawo do któregokolwiek 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

**CZĘŚĆ B**

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

* Rodzaj kryterium z tytułu, którego kandydat kierowany jest do Centrum (odpowiednie zakreślić „x”)w nawiązaniu do art. 1 ust. 2 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. z późn. zm. o zatrudnieniu socjalnym:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| R | OD KIEDY KIEROWANY KANDYDAT JEST ZAREJESTROWANY W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY? (W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O PROMOCJI ZATRUDNIENIAI INSTYTUCJACH RYNKU PRACY): | …………………………………………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N | STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: | RODZAJ/KOD NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI………………………………..…………… |

|  |  |
| --- | --- |
| UA | W PRZYPADKU UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU PODAĆ, KIEDY I GDZIE KANDYDAT ODBYŁ LUB ODBYWA LECZENIE ODWYKOWE:……………………………………………………………………………………..……………… |

|  |  |
| --- | --- |
| UN | W PRZYPADKU UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW PODAĆ, KIEDY I GDZIE KANDYDAT ODBYŁ LUB ODBYWA LECZENIE ODWYKOWE:……………………………………………………………………………………..……………… |

|  |  |
| --- | --- |
| ZK | W PRZYPADKU PRZEBYWANIA W ZK PODAC JAK DŁUGO I KIEDY ZAKOŃCZYŁ ODBYWANIE KARY:………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| BD | OSOBA BEZDOMNA REALIZUJĄCA INDYWIDUALNY PROGRAM WYCHODZENIA Z BEZDOMNOŚCI, W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O POMOCY SPOŁECZNEJ:……………………………………………………………………….………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| U | UCHODŹCA REALIZUJĄCY INDYWIDUALNY PROGRAM INTEGRACJI, W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O POMOCY SPOŁECZNEJ:……………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| I | INNE:……………………………………………………………………………………………………… |

Objaśnienia:

 BR – bezrobocie (długotrwałe)

N – niepełnosprawny

UA – uzależnienie od alkoholu

UN – uzależnienie od narkotyków i innych

ZK – zakład karny

BD – bezdomność

U – uchodźca

I – inne, podać jakie

* Krótki opis sytuacji rodzinnej (ze szczególnym uwzględnieniem):
* Sytuacja materialna / mieszkaniowa:

………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….

* Czy pobierane są świadczenia zgodne z ustawą o zatrudnieniu socjalnym Art. 1 ust. 3., (zasiłek: dla bezrobotnych, przedemerytalny, świadczenie przedemerytalne, rentę strukturalną z tytułu niezdolności do pracy, socjalną, emeryturę):

………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….

* Liczba dzieci i ich wiek:

………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….

* Czy kandydat miał konflikty z prawem lub czy toczą się obecnie jakieś postępowania sądowe w jego sprawie?

………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….

* Ocena stanu zdrowia (w przypadku istnienia schorzeń lub przewlekłych dolegliwości):
1. wymienić jakie;…………………………………………………………………

………………………………………………………………..…………………

1. podać ewentualne przeciwwskazania do pracy;………...………………………

…………………………………………………………………..………………

1. czy stan zdrowia pozwala kandydatowi na podjęcie stałej pracy?

………………………………………………………………………………………

* Czy kandydat posiadał orzeczenie o niepełnosprawności, ewentualnie oczekuje
na decyzję ZUS lub Pzd/sOoN):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Czy kandydat korzystał z pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej, a jeśli tak to, kiedy i z jakiego powodu?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

W którym z warsztatów kandydat chciałby uczestniczyć?

* Pracownia porządkowo - gospodarcza
* Pracownia opiekuńcza
* Pracownia biurowa

*Niniejszym oświadczam, że jestem zainteresowany uczestnictwem w zajęciach prowadzonych przez Centrum Integracji Społecznej FAMA w Szczytnie, na zasadach określonych przez Centrum w Indywidualnym Programie Zatrudnienia Socjalnego.*

Pisz, dnia…………………………

…….……….……………………………………………..

 (data i podpis osoby zainteresowanej/przedstawiciela ustawowego)

**CZĘŚĆ C**

Opinia pracownika socjalnego Ośrodka Pomocy Społecznej (lub CUS) dotycząca zakwalifikowania Pana/Pani…………………………………………………………………
do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych przez Centrum Integracji Społecznej FAMA w Szczytnie po przeprowadzonym wywiadzie środowiskowym w dniu …………………………….:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Cel skierowania wraz z uzasadnieniem:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………

 (data i podpis pracownika socjalnego – pieczęć imienna)

**CZĘŚĆ D**

Wnioskuję do Zespołu Rekrutacyjnego CIS o zakwalifikowanie
Pana/Pani ……………………………………………………………do udziału w zajęciach reintegracji społecznej i zawodowej prowadzonych przez Centrum w ramach Indywidualnego Programu Zatrudnienia Socjalnego.

…….………...…………….… …………………..…..…………………………

 (data i podpis Dyrektora / (data i podpis pracownika socjalnego- pieczęć imienna)

Kierownika OPS lub CUS)