



**KARTA UCZESTNICTWA POZAINSTYTUCJONALNYCH ODBIORCÓW WSPARCIA W PROJEKCIE
„W STRONĘ RODZINY – WSPARCIE USŁUG ADOPCYJNYCH” REALIZOWANYM PRZEZ ŚLĄSKI
OŚRODEK ADOPCYJNY W KATOWICACH NR/**

CZĘŚĆ A (WYPEŁNIA UCZESTNIK PROJEKTU LUB JEGO OPIEKUN PRAWNY)

DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE UCZESTNIKA

Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
Kraj	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> obszar miejski <input type="checkbox"/> obszar wiejski
Miejscowość zamieszkania	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

DODATKOWE INFORMACJE O UCZESTNIKU PROJEKTU

Typ uczestnika	<input type="checkbox"/> kandydat do przysposobienia dziecka <input type="checkbox"/> rodzic adopcyjny <input type="checkbox"/> dziecko przysposobione <input type="checkbox"/> dziecko zgłoszone do przysposobienia <input type="checkbox"/> dziecko biologiczne <input type="checkbox"/> inny
Sprecyzowany status na rynku pracy	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna, niezarejestrowana w urzędzie pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna, zarejestrowana w urzędzie pracy (UWAGA: Wymagane posiadanie dokumentu poświadczającego rejestrację w urzędzie pracy.) <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca
Obszar zatrudnienia	<input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> nie dotyczy



**KARTA UCZESTNICTWA POZAINSTYTUCJONALNYCH ODBIORCÓW WSPARCIA W PROJEKCIE
„W STRONĘ RODZINY – WSPARCIE USŁUG ADOPCYJNYCH” REALIZOWANYM PRZEZ ŚLĄSKI
OŚRODEK ADOPCYJNY W KATOWICACH NR/**

Wykonywany zawód

- inny
- instruktor praktycznej nauki zawodu
- kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
- nauczyciel kształcenia ogólnego
- nauczyciel kształcenia zawodowego
- nauczyciel wychowania przedszkolnego
- pracownik instytucji rynku pracy
- pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
- pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
- rolnik
- nie dotyczy

Zatrudniony w

Przynależność do grupy osób o niekorzystnej sytuacji społecznej

- Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
- Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
- Osoba z niepełnosprawnościami (*UWAGA: Wymagane posiadanie odpowiedniego orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia*)
- Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (*tj. osoba posiadająca wykształcenie niższe niż podstawowe; były więzień; osoba uzależniona od substancji psychoaktywnych; osoba bezdomna i wykluczona z dostępu do mieszkań; osoba zamieszkująca obszar zaliczany do stopnia urbanizacji DEGURBA 3*)
- Żadne z powyższych.

Proszę zaznaczyć odpowiedź/odpowiedzi, które odnoszą się do Pani/Pani/dziecka którego jest Pan/Pani prawnym opiekunem sytuacji społecznej.

Specjalne potrzeby

- Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową? Jeśli TAK, proszę opisać jakie:
.....
- Zapewnienie tłumacza języka migowego?
- Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką?
- Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych? Jeśli TAK, proszę wpisać jakie:
.....
- Inne specjalne potrzeby? Jeśli TAK, proszę wpisać jakie:
.....



**KARTA UCZESTNICTWA POZAINSTYTUCJONALNYCH ODBIORCÓW WSPARCIA W PROJEKCIE
„W STRONĘ RODZINY – WSPARCIE USŁUG ADOPCYJNYCH” REALIZOWANYM PRZEZ ŚLĄSKI
OŚRODEK ADOPCYJNY W KATOWICACH NR/**

CZĘŚĆ B (WYPEŁNIA UCZESTNIK PROJEKTU LUB JEGO OPIEKUN PRAWNY)

**POTRZEBY W ZAKRESIE WSPARCIA DLA RODZICÓW ADOPCYJNYCH/KANDYDATÓW NA RODZICÓW
ADOPCYJNYCH***

(UWAGA: Prosimy o wypełnienie tej części Karty wyłącznie w przypadku, gdy zgłoszenie do udziału w projekcie dotyczy kandydata na rodzica adopcyjnego lub rodzica adopcyjnego.)

1. W jakich obszarach chciałby Pani/Pan doskonalić swoją wiedzę/ kompetencje rodzicielskie?	
<input type="checkbox"/> radzenie sobie z trudnymi zachowaniami dziecka (jakimi?) <input type="checkbox"/> wsparcie dziecka o szczególnych potrzebach (jakich?) <input type="checkbox"/> budowanie więzi z dzieckiem <input type="checkbox"/> wsparcie dziecka w okresie dojrzewania <input type="checkbox"/> radzenie sobie z własnymi emocjami <input type="checkbox"/> wzmacnianie relacji małżeńskiej <input type="checkbox"/> inne (jakie?)	
2. Czy jest Pani/Pan zainteresowana/zainteresowany udziałem w szkoleniach/ warsztatach?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie -> Proszę przejść do pytania 5
3. Proszę wskazać tematykę szkoleń/warsztatów, którą jest Pani/Pan zainteresowana/ zainteresowany:	
4. Jaka formę organizacji szkoleń/warsztatów Pani/Pan preferuje? <input type="checkbox"/> stacjonarna (szkolenia/warsztaty odbywające się na terenie Katowic) <input type="checkbox"/> wyjazdowa <input type="checkbox"/> zdalna	
5. Czy jest Pani/Pan zainteresowana/zainteresowany udziałem w coachingu rodzicielskim?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
6. Czy jest Pani/Pan zainteresowana/zainteresowany udziałem w coachingu dla par?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie -> Proszę przejść do pytania 8
7. Jaka formę udziału w coachingu Pani/Pan preferuje? <input type="checkbox"/> stacjonarna <input type="checkbox"/> zdalna	
8. Czy jest Pani/Pan zainteresowana/zainteresowany udziałem w specjalistycznych konsultacjach?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie -> Proszę przejść do pytania 11
9. W jakim obszarze/z jakim specjalistą chciałaby/chciałby się Pani/Pan skonsultować?	
10. Jaka formę udziału w konsultacjach specjalistycznych Pani/Pan preferuje? <input type="checkbox"/> stacjonarna <input type="checkbox"/> zdalna	
11. Czy jest Pani/Pan zainteresowana/zainteresowany udziałem w innych niż w/w formach wsparcia?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie -> Proszę pominąć pytanie 12
12. Jakimi, innymi niż w/w, formami wsparcia jest Pani/Pan zainteresowana/zainteresowany?	



**KARTA UCZESTNICTWA POZAINSTYTUCJONALNYCH ODBIORCÓW WSPARCIA W PROJEKCIE
„W STRONĘ RODZINY – WSPARCIE USŁUG ADOPCYJNYCH” REALIZOWANYM PRZEZ ŚLĄSKI
OŚRODEK ADOPCYJNY W KATOWICACH NR/**

**POTRZEBY W ZAKRESIE WSPARCIA DLA DZIECI ZGŁOSZONYCH DO PRZYSPOSOBIENIA
I PRZYSPOSOBIONYCH***

(UWAGA: Prosimy o wypełnienie tej części Karty wyłącznie w przypadku, gdy zgłoszenie do udziału w projekcie dotyczy dziecka zgłoszonego do przysposobienia lub dziecka przysposobionego.)

1. Z jakimi trudnościami zmagają się Pani/Pana dziecko/dziecko, którego jest Pani/Pan prawnym opiekunem? (Prosimy o wskazanie najważniejszych problemów/deficytów występujących u dziecka.)	
.....	
.....	
.....	
2. Jakimi formami wsparcia dla dzieci jest Pani/Pan zainteresowana/zainteresowany (Prosimy o wskazanie maksymalnie 5 najistotniejszych w Pani/Pana opinii form wsparcia.):	
<input type="checkbox"/> diagnoza FAS <input type="checkbox"/> diagnoza rozwoju psychoruchowego <input type="checkbox"/> diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu <input type="checkbox"/> diagnoza i terapia traumy <input type="checkbox"/> diagnoza i terapia SI <input type="checkbox"/> diagnoza i terapia zaburzeń mowy <input type="checkbox"/> zooterapia (dogoterapia/alpakoterapia/hipoterapia) <input type="checkbox"/> turnus/kurs terapeutyczny <input type="checkbox"/> terapia psychologiczna <input type="checkbox"/> trening słuchowy <input type="checkbox"/> trening zastępowania agresji <input type="checkbox"/> EEG Biofeedback <input type="checkbox"/> konsultacje neurologiczne <input type="checkbox"/> konsultacje seksuologiczne <input type="checkbox"/> wsparcie dla nastolatków (warsztaty/konsultacje/grupa wsparcia) <input type="checkbox"/> inne (jakie?)	
3. Czy Pani/Pana dziecko/dziecko, którego jest Pani/Pan prawnym opiekunem aktualnie korzysta lub w ostatnim czasie korzystało ze specjalistycznego wsparcia diagnostycznego i/lub terapeutycznego?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie → Proszę pominąć pytanie 4 i 5
4. Czy Pani/Pana dziecko/dziecko, którego jest Pani/Pan prawnym opiekunem jest objęte WWR (wczesne wspomaganie rozwoju)?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
5. Z jakich form wsparcia aktualnie korzysta lub w ostatnim czasie korzystało Pani/Pana dziecko/dziecko, którego jest Pani/Pan prawnym opiekunem?	
.....	
.....	
.....	

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

- Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.
- Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/y, że projekt „W stronę rodziny – wsparcie usług adopcyjnych” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....
Data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu/
Opiekuna prawnego uczestnika projektu**

**Niepotrzebne skreślić.



**KARTA UCZESTNICTWA POZAINSTYTUCJONALNYCH ODBIORCÓW WSPARCIA W PROJEKCIE
„W STRONĘ RODZINY – WSPARCIE USŁUG ADOPCYJNYCH” REALIZOWANYM PRZEZ ŚLĄSKI
OŚRODEK ADOPCYJNY W KATOWICACH NR/**

CZĘŚĆ C (WYPEŁNIA KIEROWNIK/KIEROWNIK ODDZIAŁU/DYREKTOR OŚRODKA ADOPCYJNEGO)

POTWIERDZENIE ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

.....
Pieczęć instytucji zgłaszającej

.....
Podpis kierownika/dyrektora ośrodka adopcyjnego

CZĘŚĆ D (WYPEŁNIA PERSONEL ODPOWIEDZIALNY ZA REALIZACJĘ PROJEKTU W OŚRODKU ADOPCYJNYM)

Na podstawie analizy części B karty oraz przeprowadzonego wywiadu proponuję zakwalifikowanie uczestnika do następujących form wsparcia:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dodatkowe uwagi/sugestie:

.....
.....
.....
.....

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis osoby wypełniającej