|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Załącznik nr 1 do  Regulaminu Rekrutacji i objęcia wsparciem Podlaskiego Centrum Konsultacyjno-Diagnostycznego w Białymstoku | | |
| **Zgłoszenie**  **do objęcia wsparciem przez Podlaskie Centrum Konsultacyjno-Diagnostyczne w Białymstoku**  w związku z realizacją Projektu pn. „Podlaska Akademia Wspierania Rodziny i Pieczy Zastępczej” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021-2027, Priorytetu VIII Fundusze na rzecz edukacji i włączeniaspołecznego, Działania 8.5 Wzmocnienie aktywnej integracji społecznej | | |
| **NUMER IDENTYFIKACYJNY**  **ZGŁOSZENIA** |  | |
| **DATA WPŁYWU** |  | |
| 1. **KATEGORIA OSÓB KWALIFIKOWANYCH DO WSPARCIA** | | |
| * dziecko z rodziny zastępczej * dziecko z rodziny adopcyjnej * dziecko zgłoszone do przysposobienia * dziecko przebywające w całodobowej instytucji opieki | | * rodzic zastępczy * rodzic adopcyjny * kandydat na rodzica zastępczego * rodzina pomocowa * rodzina wspierająca |
| 1. **DANE OSOBY ZGŁASZANEJ DO WSPARCIA** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA URODZENIA | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | | | | | | * **tak** * **nie** | | |
| SPECJALNE POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | OSOBA UCIEKAJĄCA DO POLSKI Z TERENU UKRAINY W ZWIĄZKU Z ATAKIEM FEDERACJI ROSYJSKIEJ NA UKRAINĘ | | | | | | * **tak** * **nie** | | |
| WOJEWÓDZTWO | | | | |  | | | | | | | | GMINA | | |  | | | | | | | | | | | MIEJSCOWOŚĆ | |  | |
| ULICA | | | | |  | | | | | | | | NUMER DOMU | | |  | | | | | | | NUMER LOKALU | | | |  | | KOD POCZTOWY |  |
| TELEFON KONTAKTOWY | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADRES E-MAIL | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | | |  | | | | | | |
| 1. **DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE RODZICÓW/OPIEKUNÓW/INSTYTUCJI ZGŁASZAJĄCYCH DZIECKO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IMIĘ I NAZWISKO | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NAZWA INSTYTUCJI  (jeżeli dotyczy) | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA  lub ADRES SIEDZIBY | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELEFON KONTAKTOWY | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADRES E-MAIL | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | | |  | | | | | |
| DANE OPIEKUNA PRAWNEGO, JEŻELI NIE JEST NIM OPIEKUN ZGŁASZAJĄCY DZIECKO | | | | | | | | | | IMIĘ I NAZWISKO | | | | | | | | | | | | | | | | DANE KONTAKTOWE | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 1. **POTRZEBY W ZAKRESIE WSPARCIA DZIECKA I RODZINY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Diagnostyka**  * Diagnozowanie w obszarze integracji sensorycznej * Diagnozowanie logopedyczne z badaniami przesiewowymi * Diagnozowanie w zakresie zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego * Diagnozowanie psychologiczno- pedagogiczne potrzeb rozwojowych, edukacyjnych i psychofizycznych * Diagnozowanie czynności układu nerwowego, wstępna ocena neurorozwojowa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Konsultacje, poradnictwo, wsparcie**  * Logopedyczne w zakresie stymulacji i rozwoju mowy i eliminowania jej zaburzeń * Z zakresu integracji sensorycznej * Psychologiczno-pedagogiczne * Wsparcie, konsultacje i poradnictwo dla rodzin * Konsultacja**:**   **- psychiatryczna\***  **- pediatryczna\***  **- neurologiczna\***  **\*** *podkreślić właściwe* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Specjalistyczne zajęcia:**  * Zajęcia wspierające z psychologiem * Zajęcia z wykorzystaniem metod integracji sensorycznej * Zajęcia wspierające z pedagogiem * Zajęcia z zakresu logopedii | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Inne, jakie? …………………………………………………………………………………………………………………………………….**   **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data i podpiszgłaszającego | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **E. OŚWIADCZENIA I ZAŁĄCZNIKI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Oświadczam, że **dysponuję/nie dysponuję¹** prawem do decydowania w sprawach dziecka wydanym na podstawie postanowienia sądu i w związku z powyższym **wyrażam zgodę/dołączam zgodę osoby uprawnionej¹** na objęcie dziecka wsparciem udzielanym przez Podlaskie Centrum Konsultacyjno-Diagnostyczne.  - Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i objęcia wsparciem Podlaskiego Centrum Konsultacyjno- Diagnostycznego oraz Klauzulami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych w Projekcie pn. „Podlaska Akademia Wspierania Rodziny i Pieczy Zastępczej” współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021-2027, Priorytetu VIII Fundusze na rzecz edukacji i włączeniaspołecznego, Działania 8.5 Wzmocnienie aktywnej integracji społecznej.  - Oświadczam, że dane zawarte w zgłoszeniu są zgodne z prawdą.  **¹zaznaczyć właściwe** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **PODPIS ZGŁASZAJĄCEGO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |

**Do zgłoszenia załączam ponadto:**

* Zaświadczenie organizatora rodzinnej pieczy zastępczej
* Zaświadczenie o zgłoszeniu dziecka do przysposobienia
* Oświadczenie rodziny adopcyjnej
* Zaświadczenie o pobycie dziecka w całodobowej instytucji opieki
* Zgodę rodzica/opiekuna prawnego
* Oświadczenie uczestnika projektu - klauzule informacyjne
* Oświadczenie uczestnika projektu - dokumenty potwierdzające kryteria kwalifikowalności
* Inne ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**F. KWALIFIKACJA ZGŁOSZENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| KWALIFIKACJA DO OBJĘCIA WSPARCIEM | * TAK * NIE - Uzasadnienie odmowy przyjęcia zgłoszenia:   ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | |
| PIERWSZA KWALIFIKACJA DO SPECJALISTÓW | * PEDAGOG * TERAPEUTA SI * LOGOPEDA * PSYCHOLOG * LEKARZ PSYCHIATRA * LEKARZ NEUROLOG * LEKARZ PEDIATRA | | |
| NUMER EWIDENCYJNY OSOBY  ZAKWALIFIKOWANEJ  DO OBJĘCIA WSPARCIEM |  | DATA OBJĘCIA WSPARCIEM |  |
| PODPIS OSOBY  DOKONUJĄCEJ KWALIFIKACJI |  | | |