|  |
| --- |
| Załącznik nr 1 doRegulaminu Rekrutacji i objęcia wsparciemPodlaskiego 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 OSOBYZAKWALIFIKOWANEJ DO OBJĘCIA WSPARCIEM |  | DATA OBJĘCIA WSPARCIEM |  |
| PODPIS OSOBY DOKONUJĄCEJ KWALIFIKACJI |  |