

CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ FALA W ZAMBROWIE
ul. Fabryczna 3, 18-300 Zambrów

**WNIOSEK O SKIEROWANIE DO UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH
PROWADZONYCH PRZEZ CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ FALA
W ZAMBROWIE**

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
do reprezentowania instytucji wnioskującej

.....
podpis osoby upoważnionej

WYRAŻAM 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 FALA W ZAMBROWIE**

.....
pieczęć instytucji kierującej kandydata
do uczestnictwa w zajęciach
prowadzonych przez Centrum

.....
podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Instytucji
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 leczenia 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).

CZEŚĆ A

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

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:

- a) wszystkie wyżej podane w części A wniosku dane są zgodne z prawdą,
- b) wyrażam zgodę na uczestnictwo w zajęciach prowadzonych przez Centrum Integracji Społecznej FALA w Zambrowie, na zasadach określonych w Regulaminie Uczestnictwa w Centrum Integracji Społecznej FALA w Zambrowie i w Indywidualnym Programie Zatrudnienia Socjalnego,
- c) wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą pocztową, telefoniczną,
- d) 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 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

CZEŚĆ 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 ZATRUDNIENIA I 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 PODAĆ 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., (zasilek: 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):
 - a) wymienić jakie;.....
.....
 - b) podać ewentualne przeciwwskazania do pracy;.....
.....
 - c) 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 - budowlana
- ☐ Pracownia opiekuńcza
- ☐ Pracownia biurowa
- ☐ Pracownia usług społecznych
- ☐ Pracownia gastronomiczna

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

Zambrów, dnia.....

.....
(data i podpis osoby zainteresowanej/przedstawiciela ustawowego)

CZEŚĆ C

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

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

Cel skierowania wraz z uzasadnieniem:

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

.....
(data i podpis pracownika socjalnego – pieczęć imienna)

CZEŚĆ D

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

.....
(data i podpis Dyrektora /
Kierownika OPS lub CUS)

.....
(data i podpis pracownika socjalnego- pieczęć imienna)