**Załącznik nr 8 do Regulaminu**

**„Plan Pomocy Rodzinie - ścieżka reintegracyjna”**

**I.DANE OSOBOWE UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKI PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię  |  |
| Nazwisko |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr domu/ mieszkania |  |
| Telefon kontaktowy  |  |

**II. OCZEKIWANE FORMY WSPARCIA**

**Forma wsparcia, w której chciałbym/ chciałabym uczestniczyć:**

 Specjalistyczny punkt wsparcia rodziny - konsultacje i poradnictwo specjalistyczne indywidualne (terapeuta ds. uzależnień, psycholog, prawnik, pedagog) , -warsztaty grupowe ze specjalistami (terapeuta ds. uzależnień, psycholog, prawnik, pedagog), - wsparcie asystenta rodziny zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,

  Akademia rodzin

-warsztaty rozwijające kompetencję cyfrowe, opiekuńczo – wychowawcze, osobisto – społeczne; -warsztaty plenerowe;

  Działania wzmacniające więzi rodzinne - spotkania i wyjazdy integracyjne mające na celu wymianę doświadczeń oraz zapobieganie izolacji,
- festyn sportowo – rekreacyjny.

**III. OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulamin naboru i uczestnictwa w projekcie pn. „Rozwój usług społecznych na terenie gminy Bierzwnik”- Umowa nr RPZP.07.06.00-32-K011/20-00 dofinansowanym ze środków Europejskiego Fundusz Społecznego w ramach Osi Priorytetowej VII Włączenie społeczne, działanie 7.6 Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym w pełni akceptuję wszystkie jego warunki.

2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na, że Projekt realizowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020.

3. Dane podane w formularzu „Plan Pomocy Rodzinie - ścieżka reintegracyjna” są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

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

miejscowość, data czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki