

....., dnia

WNIOSEK O SKIEROWANIE DO UCZESTNICTWA

w Indywidualnym Programie Zatrudnienia Socjalnego Centrum Integracji Społecznej w Osówku

- część A

Imię i nazwisko kandydata na Uczestnika:

Adres zamieszkania / pobytu (adres do korespondencji):

..... Tel. Kontaktowy:

Wnioskodawca:

.....

.....

(Imię i nazwisko wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego lub pieczęć adresowa instytucji wnioskującej)

Cel skierowania wraz z uzasadnieniem:

.....

.....

(wymienić kategorię i przyczyny wykluczenia społecznego)

- część B

WS - wykluczenie społeczne - trudna sytuacja życiowa np. bezrobocie bez prawa do zasiłku bez względu na okres pozostawania bezrobotnym	N - niepełnosprawny	UN - uzależnienie od narkotyków i innych środków odurzających
BR - bezrobocie (długotrwałe)	UA - uzależnienie od alkoholu	ZK - zakład karny

➤ Rodzaj kryterium z tytułu, którego kandydat kierowany jest do Centrum: (odpowiednie zakreślić "x") :

WS	<input type="checkbox"/>
BR	Od kiedy kierowany kandydat jest zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy? (dołączyć aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy, lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem)
N	Stopień niepełnosprawności rodzaj / kod niepełnosprawności
	(dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności, lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem)
UA	W przypadku uzależnienia od alkoholu podać kiedy i gdzie kandydat odbył leczenie odwykowe: (dołączyć zaświadczenie z ukończonej terapii uzależnień, lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem)
UN	W przypadku uzależnienia od narkotyków podać kiedy i gdzie kandydat odbył leczenie odwykowe:
ZK	W przypadku przebywania w ZK podać jak długo i kiedy zakończył odbywanie kary:

- czy pobierane są świadczenia zgodnie z ustawą o zatrudnieniu socjalnym Art. 1 ust. 3.,
(zasiłek: dla bezrobotnych, przedemerytalny; świadczenie przedemerytalne; rentę: strukturalną,
z tytułu niezdolności do pracy, socjalną; emeryturę).....

- liczba dzieci i ich wiek:

.....

- czy zostanie zapewniona opieka dzieciom kiedy kandydat będzie realizował Indywidualny Program
Zatrudnienia Socjalnego?

.....

Czy kandydat miał konflikty z prawem lub czy toczą się obecnie jakieś postępowania sądowe w jego
sprawie?

.....

Czy kandydat ma obciążenia komornicze, a jeśli tak to jakie i czy się z nich wywiązuje?

.....

Ocena stanu zdrowia (w przypadku istnienia schorzeń lub przewlekłych dolegliwości

- wymienić jakie; podać ewentualne przeciwwskazania do pracy); 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?

.....

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w zajęciach prowadzonych przez Centrum Integracji Społecznej
w Osówku na zasadach określonych przez Centrum w „Indywidualnym Programie Zatrudnienia
Socjalnego”.

.....
data i podpis osoby zainteresowanej

- W przypadku skierowania przez Ośrodek Pomocy Społecznej prosimy o załączenie do wniosku opinii pracownika socjalnego.