Toruń, dnia: ……

Opinia dotycząca wniosku o skierowanie do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych przez Centrum Integracji Społecznej w ramach projektu „Stokrotkowy start – reintegracja prowadzona w CISTOR"

Imię i Nazwisko:…… Data ur.: ……

Adres:…… Telefon: ……

Wykształcenie i zawód: ……

1. Przyczyna skierowania do Centrum Integracji Społecznej:
   - ☐ **bezdomność** (bezdomni realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności)
   - ☐ **uzależnienie od alkoholu i/lub narkotyków** (osoby uzależnione, które ukończyły leczenie – dołączyć zaświadczenie z ukończonej terapii uzależnień, lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem)
   - ☐ **bezrobocie** (bezrobotni, w tym długotrwale – dołączyć aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy, lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem)
   - ☐ **zakład karny** (osoby zwolnione z zakładów karnych – dołączyć zaświadczenie o wyjściu z zakładu karnego, lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem)
   - ☐ **niepełnosprawność** (dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności, lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem)
   - ☐ **inne** (pozostałe wymienione w art. 7 Ustawy o pomocy społecznej – opisać jakie)……
     ……
     ……
2. Struktura rodziny: ……
   ……
   ……
3. Stan zdrowia:

a) grupa inwalidzka ☐ nie ☐ tak; stopień:…… przyczyna: ……
b) leczenie specjalistyczne ☐ nie ☐ tak; jakie:……
c) uzależnienia (narkotyki, alkohol, przebyta terapia, nadużywanie w przeszłości i obecnie)
   ……
   ……

4. Sposób ubezpieczenia zdrowotnego (kto opłaca składkę?): ……
   ……

5. Karalność (czy był karany, wyrok w zawieszeniu, czy jest pod opieką kuratora?)
   ……
   ……

6. Czy występują zobowiązania finansowe, zadłużenie komornicze? Jakie?
   ……
   ……

7. Mocne strony kandydata: ……
   Słabe strony kandydata: ……

8. Wnioski i ogólna ocena kandydata pod kontem uczestnictwa w CIS (motywacja do zmian, wsparcie ze strony bliskich, sugestie, uwagi): ……..
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……

……

podpis kierującego

Skierowanie do udziału w zajęciach prowadzonych przez Centrum Integracji Społecznej w ramach projektu „Stokrotkowy Start – reintegracja prowadzona w CISTOR”*

Kieruję Panią/Pana ……, zam. …….. do udziału w projekcie „Stokrotkowy Start – reintegracja prowadzona w CISTOR” i potwierdzam, że w/w spełnia jeden z punktów artykułu 7 Ustawy o pomocy społecznej.

…….. ……..

pieczęć instytucji

podpis osoby upoważnionej

* wypełniają wyłącznie Ośrodki Pomocy Społecznej