

**OPINIA PRACOWNIKA SOCJALNEGO MGOPS**

.....  
 Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki projektu

L.p.	Kryterium
1	<b>Występowanie zjawisk negatywnych w rodzinie</b> (np. alkohol, nikotyna), <input type="checkbox"/> Rzadko <input type="checkbox"/> Często <input type="checkbox"/> Bardzo często
2.	<b>Zagrożenie wykluczeniem z powodu występowania przesłanek z art. 7 ustawy o pomocy społecznej</b> <input type="checkbox"/> ubóstwa; <input type="checkbox"/> sieroctwa; <input type="checkbox"/> bezdomności; <input type="checkbox"/> bezrobocia; <input type="checkbox"/> niepełnosprawności; <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby; <input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; <input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii; <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej
3.	<b>Korzystanie z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa na lata 2014-2020</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

.....  
 Podpis pracownika socjalnego