



Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Suwałkach

16 – 400 Suwałki, ul. 23 Października 20

tel. 87/562 89 70, fax 87/562 89 71 e-mail: biuro@mops.suwalki.pl

<http://mops.suwalki.pl>

Nasz znak: MOPS- DPK/422/2014/AR

Data: 30 lipca 2014 r.

**MIEJSKI OŚRODEK
POMOCY SPOŁECZNEJ**
16-400 Suwałki, ul. 23 Października 20
tel. 87 562 89 70; fax 87 562 89 71
e-mail: biuro@mops.suwalki.pl; <http://mops.suwalki.pl>
NIP 844-10-95-005 REGON 790191985
-7-

**Przedstawiciele
Lokalnego Systemu Przeciwdziałania
Przemocy w Rodzinie w Suwałkach
wg rozdzielnika**

NACZELNIK
Wydziału Spraw Społecznych

mgr Honorata I...

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Suwałkach w ramach Programu Ochronowego „Wspieranie Jednostek Samorządu Terytorialnego w Tworzeniu Systemu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie” prowadzi rekrutację na realizację zadania publicznego „Razem Przeciw Przemocy”.

Celem projektu jest podejmowanie działań mających na celu poprawę sytuacji rodzin zagrożonych zjawiskiem przemocy w rodzinie, zakłada działania wzajemnie uzupełniające się, co daje możliwość udzielenia kompleksowej i zintegrowanej pomocy i wsparcia osobom uwikłanym w przemoc w rodzinie.

Osoby doznające przemocy potrzebują wsparcia oraz pomocy w przezwyciężeniu trudnej sytuacji, przywrócenia równowagi psychicznej, wzmocnienia poczucia własnej wartości, nauki kształtowania poprawnych zachowań w relacjach rodzinnych, korygowania postaw i oddziaływań wychowawczych w stosunku do dzieci oraz prawnego postępowania wobec sprawców.

Pomoc ta udzielona zostanie poprzez:

- poradnictwo i konsultacje psychologiczne,
- terapię interwencyjną i podtrzymującą,
- poradnictwo rodzinne i terapię rodzinną,
- trening umiejętności wychowawczych,
- grupę wsparcia dla osób uwikłanych w przemoc.
- poradnictwo prawne.

W związku z powyższym prosimy w możliwie najkrótszym terminie o wytypowanie osób, którzy będą zainteresowani udziałem w projekcie i przesłanie formularzy zgłoszeniowych na adres Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej- Dział Pomocy Kryzysowej, przy ul. 23 Października 20b w Suwałkach lub skierowanie osób zainteresowanych do tutejszego Ośrodka.

Zajęcia prowadzone będą od sierpnia do grudnia 2014 r. Udział w projekcie jest bezpłatny.

W przypadku pytań prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem: 87/ 565-28-91 lub 87/ 562-89-70.

Więcej informacji na stronie www.mops.suwalki.pl w zakładce przemoc w rodzinie.

Załączniki : Formularz zgłoszeniowy do projektu „Razem Przeciw Przemocy”

D Y R E K T O R
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Suwałkach

mgr Maria Motelska

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
„Razem Przeciw Przemocy”
w ramach Programu Osłonowego
Wspieranie Jednostek Samorządu Terytorialnego w Tworzeniu Systemu
Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie”

IMIĘ I NAZWISKO			
DATA URODZENIA			
PESEL			
PŁEĆ		kobieta <input type="checkbox"/>	mężczyzna <input type="checkbox"/>
NUMER KONTAKTOWY (w przypadku, gdy osobą zainteresowaną jest dziecko numer kontaktowy do opiekuna prawnego)			
ADRES ZAMELDOWANIA			
ULICA		NUMER DOMU	NUMER LOKALU
MIEJSCOWOŚĆ		KOD POCZTOWY	
POWIAT		WOJEWÓDZTWO	
ADRES ZAMIESZKANIA (wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres zameldowania)			
ULICA		NUMER DOMU	NUMER LOKALU
MIEJSCOWOŚĆ		KOD POCZTOWY	
POWIAT		WOJEWÓDZTWO	
Jestem zainteresowany/a uczestnictwem w:¹ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Poradnictwie i konsultacji psychologicznej <input type="checkbox"/> Terapii interwencyjnej i podtrzymującej <input type="checkbox"/> Poradnictwie rodzinnym i terapii rodzinnej <input type="checkbox"/> Treningu umiejętności wychowawczych <input type="checkbox"/> Grupie wsparcia dla osób uwikłanych w przemoc <input type="checkbox"/> Poradnictwie prawnym <input type="checkbox"/> Bajkoterapią <input type="checkbox"/> Warsztatach z wykorzystaniem dramy 			

OŚWIADCZENIA BENIFICJENTA/BENIFICJENTKI

1. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu, są zgodne z prawdą.
2. Wyrażam zgodną przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 101 poz.926 z póź. zm.).

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Beneficjenta/Beneficjentki,
w przypadku dzieci podpis opiekuna prawnego)