

Załącznik Nr 4 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie „Wysokiej jakości usługi społeczne dla osób starszych i ich rodzin-edycja II”

DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU OTRZYMUJĄCEGO WSPARCIE

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię/imiona: | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko: | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL: | | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Wykształcenie: | | <input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej, wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone po zakończeniu edukacji na poziomie ponadgimnazjalnym, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> Wyższe (pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym). | | | | | | | | | | | |
| 1. Dane kontaktowe: | | | | | | | | | | | | | |
| Województwo: | | | | | | | | | | | | | |
| Powiat: | | | | | | | | | | | | | |
| Gmina: | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość: | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica: | | | | | | | | | | | | | |
| Nr budynku: | | Nr lokalu: (nie dotyczy <input type="checkbox"/>) | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy: | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy: | | | | | | | | | | | | | |
| Adres e-mail: | | | | | | | | | | | | | |
| Status osoby na rynku pracy | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji PUP | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| w chwili przystąpienia do projektu: | zarejestrowana w ewidencji PUP | | |
| | w tym: | <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna | |
| | <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo | w tym: | <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne |
| | <input type="checkbox"/> osoba pracująca | w tym: | <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w MMŚP (<i>mikro, małych, średnich przedsiębiorstwach</i>) <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie ¹ <input type="checkbox"/> inne |
| Wykonywany zawód | <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny, jaki? | | |
| Nazwa podmiotu, w którym osoba jest zatrudniona: | | | |
| Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | | <input type="checkbox"/> Odmawiam |

¹ duże przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo zatrudniające powyżej 249 pracowników



| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|--|
| | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | podania informacji |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) np. uzależniona od alkoholu, uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających, zwolniona z zakładu karnego, chora psychicznie w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, osoba korzystająca ze świadczeń lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem na podstawie art. 7 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji |

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu*

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby niepełnoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



Zdrowe życie, czysty zysk

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Wysokiej jakości usługi społeczne dla osób starszych i ich rodzin – edycja II” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego