

Załącznik nr.1

FORMULARZ REKRUTACYJNY
Projekt „ Usługi społeczne szansą na pozytywną zmianę w Gminie Stary Targ ”

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU		
1. Imię(imiona)		
2. Nazwisko		
3. PESEL		
4. Data urodzenia		
5. Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
6. Wiek w chwili przestąpienia do projektu		
7. Wykształcenie		
8. Miejscowość		
9. Nr domu		
10. Kod pocztowy	Poczta	
11. Powiat		
12. Województwo		
13. Telefon		
14. Adres e -mail		
15. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> ucząca się <input type="checkbox"/> inne

16. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z Ustawą z dnia 12.03.2004 r o pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określone w art. 7 ustawy	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Osoba bezdomna dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	w tym: gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Osoba lub rodzina korzystająca ze wsparcia w ramach PO PŻ	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
17. Opieka nad osobą zależną	Opieka nad osobą zależną	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Unia Europejska
Europejskie Fundusze
Strukturalne i Inwestycyjne

