Załącznik nr 5

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

„Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych”

**ANKIETA ZGŁOSZENIOWA DO PROJEKTU „WSPARCIE ŚRODOWISKA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH Z TERENÓW WIEJSKICH I MAŁOMIASTECZKOWYCH”   
DLA OSOBY Z OTOCZENIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

# WSPÓŁFINANSOWANY PRZEZ UNIĘ EUROPEJSKĄ W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007-2013 Priorytet I „Zatrudnienie i integracja społeczna” Działanie 1.3 „Ogólnopolskie programy integracji i aktywizacji zawodowej” Poddziałanie 1.3.6 – „PFRON – projekty systemowe”

**DANE OSOBOWE** (Proszę wypełnić drukowanymi literami)

|  |  |
| --- | --- |
| Imię/imiona |  |
| Nazwisko |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Płeć (Kobieta/Mężczyzna)** |  |
| **Wiek w chwili przystępowania do projektu** |  |
| **PESEL** |  |
| **Wykształcenie** | Brak |
| Podstawowe |
| Gimnazjalne |
| Ponadgimnazjalne |
| Pomaturalne |
| Wyższe |
| **Doświadczenie zawodowe** |  |
| Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną (tak/nie) |  |
| Imię i nazwisko kandydata/ki do projektu jako osoba z grupy docelowej ON z RWNINS |  |

**ADRES ZAMELDOWANIA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| **Nr lokalu** |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| **Obszar (wiejski/miejski)** |  |
| **Powiat** |  |
| **Województwo** |  |
| Nr tel. stacjonarny |  |
| Nr tel. komórkowy |  |
| Adres e-mail |  |

**ADRES ZAMIESZKANIA/KORESPONDENCYJNY[[1]](#footnote-1)\*:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| **Obszar (wiejski/miejski)** |  |
| **Powiat** |  |
| **Województwo** |  |
| Nr tel. stacjonarny |  |
| Nr tel. komórkowy |  |
| Adres e-mail |  |

**STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Tak** | **Nie** |
| **Bezrobotny** (osoba zarejestrowana jako bezrobotna w Urzędzie Pracy w rozumieniu *Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*) |  |  |
| w tym długotrwale bezrobotna (oznacza bezrobotnego pozostającego w rejestrze Powiatowego Urzędu Pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat) |  |  |
| **Nieaktywny zawodowo** (osoba pozostająca bez zatrudnienia, która jednocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotni) |  |  |
| w tym osoba ucząca się lub kształcąca |  |  |
| **Zatrudniony jako:** | | |
| Rolnik |  |  |
| Samozatrudniony |  |  |
| Zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie |  |  |
| Zatrudniony w małym przedsiębiorstwie |  |  |
| Zatrudniony w średnim przedsiębiorstwie |  |  |
| Zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie |  |  |
| Zatrudniony w administracji publicznej |  |  |
| Zatrudniony w organizacji pozarządowej |  |  |

**INNE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy jest Pan/i osobą niepełnosprawną? | TAK | NIE |

**RELACJA WOBEC ON Z (PROSIMY ZAZNACZYĆ X LUB OPIS W PRZYPADKU INNEJ RELACJI):**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Opiekun ustawowy\** |  | *Opiekun prawny\*\** |  | *Opiekun faktyczny\*\*\** |  |

*\** opiekun ustawowy (w przypadku, gdy ON z RWNiNS jest w wieku 16-18 lat)

*\*\** opiekun prawny (w przypadku, gdy ON z RWNiNS posiada orzeczenie sądu   
o ubezwłasnowolnieniu częściowym lub całkowitym)

*\*\*\** opiekun faktyczny ON z RWNiNS (w tym również wskazani przez ON z RWNiNS), spełniający łącznie następujące warunki:

* dana osoba sprawuje opiekę nad ON z RWNiNS lub jest wskazana przez ON z RWNiNS;
* ON z RWNiNS wymaga takiej opieki ze względu na stan zdrowia;
* dana osoba nie jest opiekunem ustawowym lub prawnym.

*..................................................* ..........................................................................

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA PODPIS kandydata/kandydatki*

|  |  |
| --- | --- |
| **Decyzja o przyjęciu do projektu POZYTYWNA NEGATYWNA** | |
| Uzasadnienie: |  |

...............................................................

*Data i podpis osoby rekrutującej*

...............................................................

*Data i podpis Koordynatora/ki*

1. \* Należy wypełnić w przypadku, gdy adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania. [↑](#footnote-ref-1)