**Fundacja im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJKRS 0000 197058**

**Adres:** ul. Południowa 2A, 62-510 Konin

**Telefon:** 63 211 22 19 **e-mail:** fundacja@podajdalej.org.pl **FB/**FundacjaPodajDalej

**Konto bankowe:** Bank PKO BP, 55 1020 2746 0000 3102 0053 9650 **www.podajdalej.org.pl**



**Formularz rekrutacyjny**

**dla osób dorosłych z niepełnosprawnością**

**do projektu "Aktywni i niezależni"**

współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego

w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata2014-2020.

Priorytet VII „Włączenie społeczne” Działanie 7.2. Usługi społeczne i zdrowotne.

Wypełnienie formularza nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.   
Ten dokument to potwierdzenie chęci uczestnictwa w w/w projekcie.  
 **Przy wybranej odpowiedzi należy postawić krzyżyk.**

1. **DANE OSOBOWE:**
2. **Imię i nazwisko**...........................................................................
3. **Płeć**

* Kobieta
* Mężczyzna

1. **Wiek** .............. **Data i miejsce ur.** ………………………………………………….. **PESEL** .......................
2. **Wykształcenie**

* podstawowe
* gimnazjalne
* ponadgimnazjalne
* wyższe

1. **Status osoby na rynku pracy**

* osoba bierna zawodowo
* osoba długotrwale bezrobotna
* osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy
* osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy
* osoba pracująca: wykonywany zawód ..........................................................................

miejsce pracy ..........................................................................................................

status przedsiębiorstwa ..........................................................................................

1. **Dane teleadresowe:**
2. Województwo...........................................
3. Powiat .......................................................
4. Gmina .......................................................
5. Ulica lub miejscowość/numer domu ........................................................
6. Kod pocztowy ........................................
7. Telefon ...................................................
8. Adres email .......................................
9. **NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ:**

**rodzaj niepełnosprawności:** ........................................................................................................

**stopień niepełnosprawności: ......................................................................................................**

1. **PLANOWANY UDZIAŁ W WARSZTATACH ORAZ KONSULTACJACH**

**W ramach projektu w jestem zainteresowany/a udziałem w zajęciach:**

1. **Zajęcia aktywnej rehabilitacji**

* tak
* nie

1. **Zajęcia arteterapii**

* tak
* nie

1. **Zajęcia sportowo-rehabilitacyjne**

* tak
* nie

1. **Indywidualne poradnictwo**

* rehabilitacja ruchowa
* pedagog specjalny
* psycholog
* inne………………………………………………..

1. **Wsparcie asystenta**

* tak
* nie

1. **DLACZEGO CHCESZ WZIĄĆ UDZIAŁ W PROJEKCIE?**

**(pole konieczne do wypełnienia)**

# …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. **CZY TWÓJ DOCHÓD MIESIĘCZNY BRUTTO PRZEKRACZA:**

Dla osób zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym 771,00 zł na jednego członka rodziny □ tak □ nie

Dla osób samodzielnie gospodarujących 951,00 zł □ tak □ nie

1. **JESTEM OSOBĄ (możliwość zaznaczenia kilku odpowiedzi):**

□ należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia

□ bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań

□ z niepełnosprawnościami

□ przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących

□ przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, w tym w gospodarstwie  
 domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu

□ żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających   
 na utrzymaniu

□ żyjącą w innej niekorzystnej sytuacji

……………………………....

(miejscowość i data)

……………………………………………

(podpis uczestnika/czki projektu)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach Fundacji im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ

……………………………………………

(podpis uczestnika/czki projektu