

Formularz rekrutacyjny dla opiekunów osób z niepełnosprawnością do projektu "Aktywni i niezależni"

współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020.
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.

I. DANE OSOBOWE:

1. Imię i nazwisko.....

2. Płeć

Kobieta

Mężczyzna

3. Wiek Data i miejsce ur. PESEL

4. Wykształcenie

podstawowe

ponadgimnazjalne

gimnazjalne

wyższe

5. 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

6. Dane teleadresowe:

a) Województwo.....

b) Powiat

c) Gmina

d) Ulica lub miejscowość/numer domu

e) Kod pocztowy

f) Telefon

g) Adres mailowy

II. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA/PODOPIECZNEGO/EJ:

.....

III. PLANOWANY UDZIAŁ W WARSZTATACH ORAZ KONSULTACJACH

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

a) Specjalistyczne warsztaty poradnicze

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> urolog | <input type="checkbox"/> prawnik |
| <input type="checkbox"/> fizjoterapeuta | <input type="checkbox"/> mediator |
| <input type="checkbox"/> seksuolog | <input type="checkbox"/> inne..... |
| <input type="checkbox"/> dietetyk | |

b) Indywidualne konsultacje psychologiczno/terapeutyczne

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> psycholog | <input type="checkbox"/> mediator |
| <input type="checkbox"/> trener personalny | <input type="checkbox"/> prawnik |
| <input type="checkbox"/> terapeuta | <input type="checkbox"/> inne..... |

IV. DLACZEGO CHCESZ WZIĄĆ UDZIAŁ W PROJEKCIE? (pole konieczne do wypełnienia).

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

V. 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

VI. JESTEM OSOBA (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 powyżej zawartych danych osobowych, w ramach Fundacji im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ.

.....
(podpis uczestnika/czki projektu)

