

**Formularz rekrutacyjny
dla osób dorosłych z niepełnosprawnością
do projektu „ABC- samodzielności dla osób z niepełnosprawnością w Wielkopolsce”
dofinansowany w ramach Wielkopolskiego Regionalnego
Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+)**

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 w chwili przystąpienia do projektu.....

4. Data i miejsce ur. PESEL

5. Wykształcenie

niższe niż podstawowe

ponadgimnazjalne

podstawowe

policealne

gimnazjalne

wyższe

6. 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

7. Dane teleadresowe:

a) Województwo.....

b) Powiat

c) Gmina

d) Ulica lub miejscowość/numer domu

e) Kod pocztowy

f) Telefon

g) Adres email

II. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ:

rodzaj niepełnosprawności:

stopień niepełnosprawności:

III. PLANOWANY UDZIAŁ W WARSZTATACH ORAZ KONSULTACJACH

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

- a) **Zajęcia dotyczące profilaktyki zdrowia**
 tak nie
- b) **Trening organizacji czasu wolnego**
 tak nie
- c) **Trening umiejętności życia codziennego i społecznego**
 tak nie
- d) **Indywidualne poradnictwo**
 Fizjoterapeuta/opiekun medyczny **psycholog/coach/terapeuta/ pracownik socjalny**
 pedagog specjalny/neurologopeda **inne.....**
- e) **Wsparcie asystenta**
 tak nie
- f) **Warsztaty niezależnego życia**
 tak nie

IV. DLACZEGO CHCESZ WZIĄĆ UDZIAŁ W PROJEKCIE?

(pole konieczne do wypełnienia)

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

V. CZY DOCHÓD MIESIĘCZNY W TWOJEJ RODZINIE (WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE) NA JEDNEGO CZŁONKA PRZEKRACZA 150% KRYTERIUM DOCHODOWEGO?(OD 1.10.2018 528ZŁ NETTO)

- TAK
 NIE

V.JESTEM OSOBA

	tak	nie	Odmawiam udzielenia informacji
należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia			
bezdonną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań			
z niepełnosprawnościami			
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

.....
(miejscowość i data)

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

RPWP.07.02.02-30-0055/17 „ABC- samodzielności dla osób z niepełnosprawnością w Wielkopolsce” dofinansowany w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+)