

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „Zaprogramowani na pomaganie 2” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

IX Włączenie społeczne

IX.2 Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym

IX.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne

### DANE OSOBOWE

<b>Nazwisko</b>		<b>Imię</b>																			
<b>Data urodzenia</b>		<b>PESEL</b>																			
<b>Wiek w chwili przystąpienia do projektu</b>		<b>Płeć</b>	KOBIECIA					MĘŻCZYŻNA													
<b>Wykształcenie</b>	<i>gimnazjalne</i>																				
	<i>niższe niż podstawowe</i>																				
	<i>podstawowe</i>																				
	<i>policealne</i>																				
	<i>ponadgimnazjalne</i>																				
<b>Sytuacja uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</b>	<i>wyższe</i>																				
			<b>TAK</b>					<b>NIE</b>													
	<i>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</i>																				
	<i>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</i>																				
	<i>Osoba z niepełnosprawnościami</i>																				
<i>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej</i>																					
<b>Telefon kontaktowy</b>											<b>Adres e-mail</b>										



### ADRES ZAMELDOWANIA

Ulica		Numer budynku		Numer lokalu	
Gmina					
Miejscowość		Kod			
Powiat		Województwo			

### ADRES ZAMIESZKANIA (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres zameldowania)

Ulica		Numer budynku		Numer lokalu	
Gmina					
Miejscowość		Kod			
Powiat		Województwo			

STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:	Tak	Nie
<b>A. Bezrobotny</b>		
- osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:		
- osoba długotrwale bezrobotna		
- inne		
- osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy		
- osoba długotrwale bezrobotna		
- inne		
<b>B. Osoba bierna zawodowo, w tym:</b>		
- inne		
- osoba ucząca się		
- osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu		
<b>C. Osoba pracująca, w tym:</b>		
- osoba pracująca w administracji rządowej		
- osoba pracująca w administracji samorządowej		
- inne		
- osoba pracująca w MMŚP		
- osoba pracująca w organizacji pozarządowej		
- osoba prowadząca działalność na własny rachunek		
- osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie		
<b>D. Wykonywany zawód:</b>		
- inny		
- instruktor praktycznej nauki zawodu		



- nauczyciel kształcenia ogólnego		
- nauczyciel wychowania przedszkolnego		
-nauczyciel kształcenia zawodowego		
- pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia		
- kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej		
- pracownik instytucji rynku pracy		
- pracownik instytucji szkolnictwa wyższego		
- pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej		
- pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej		
- pracownik poradni psychologiczno - pedagogicznej		
- rolnik		
<b>Zatrudniony w (wpisać):</b> .....		

**Udział w innych projektach finansowanych przez Unię Europejską? (tak/nie)**  
**Jeśli tak, to w jakich?**

.....

.....

.....

.....

**Jaki rodzaj wsparcia otrzymał/a Pan/Pani w projektach finansowanych przez Unię Europejską?**

- 1.....
- 2.....
3. ....

**Skąd dowiedział/-a się Pan/Pani o Projekcie?(prosimy zaznaczyć X):**

<i>Internet</i>		<i>facebook</i>		<i>PTSR</i>		<i>plakat</i>	
<i>Inne, jakie</i>							



## II. DANE UZUPEŁNIAJĄCE

1. Przyczyna niepełnosprawności wskazana w rozpoznaniu medycznym:

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

2. Orzeczenie o niepełnosprawności: TAK  NIE

3. Stopień niepełnosprawności :

ZNACZNY  UMIARKOWANY  LEKKI

lub wg. innego systemu orzecznictwa .....

4. KRYTERIA PREMIUJĄCE (kryteria preferowane):

Proszę zaznaczyć X jeśli spełnia Pan/Pani kryteria premiujące (Jeśli należy Pan/Pani do grupy osób preferowanych do objęcia wsparciem to otrzyma Pan/Pani dodatkowe punkty w procesie rekrutacji. Jeśli nie spełnia Pan/Pani kryteriów preferowanych nadal możliwy jest udział w projekcie).

Należy do grupy osób preferowanych do objęcia wsparciem:

osób z niepełnosprawnościami, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tj. dla osoby samotnie gospodarującej do 701 zł, dla osoby w rodzinie do 528 zł)

osób o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz osób z niepełnosprawnością sprzężoną, osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym osób z niepełnosprawnością intelektualną i osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi

## III. PRZEBIEG SPOTKANIA

1. Oczekiwania związane z udziałem w projekcie

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



## INFORMACJE DOTYCZĄCE OTOCZENIA

1. Czy w Pani/Pana otoczeniu są osoby, które mogłyby uczestniczyć w projekcie, w charakterze opiekunki, opiekuna?

TAK

NIE

2. Jeśli tak, proszę wskazać:

Imię i nazwisko

Stopień pokrewieństwa/inne

Dane kontaktowe

## V. OŚWIADCZENIA KANDYDATKI/KANDYDATA

1. Oświadczam, że jestem / nie jestem\* zdolny/a do czynności cywilnoprawnych.

Jeśli nie – konieczne dane do opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko

Dane kontaktowe

2. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu, są zgodne z prawdą. W przypadku podania danych niezgodnych z prawdą zobowiązuję się do pokrycia kosztów finansowych spowodowanych poświadczeniem nieprawdy.

3. Oświadczam także, iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Zaprogramowani na pomaganie 2” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis kandydata/ki)

## VI. DECYZJA O PRZYJĘCIU DO PROJEKTU

POZYTYWNA

NEGATYWNA

Uzasadnienie

Data i podpis  
Koordynatora/ki