



FORMULARZ ZGŁOSZENIA

na szkolenie w ramach projektu
„Chcemy pracować! – projekt aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych” nr projektu
RPWP.07.01.02-30-0051/15 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach
Europejskiego Funduszu Społecznego

Data i godzina wpływu formularza:	
-----------------------------------	--

DANE UCZESTNIKA SZKOLENIA - PROSIMY O WYPEŁNIENIE WYŁĄCZNIE BIAŁYCH PÓL

1. Imię (imiona) i nazwisko															
2. PESEL												3. Data urodzenia			
3. Miejsce urodzenia															
4. Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna		6. Wiek lat											
5. Adres zamieszkania	Województwo:														
	Powiat:														
	Gmina:														
	Miejscowość:														
	Obszar: <input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> Wieś														
	Ulica:				nr budynku				nr lokalu						
Kod pocztowy:															
6. Telefon kontaktowy															
7. E-mail															
8. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)														
	<input type="checkbox"/> Podstawowe														
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne														
	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej)														
	<input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)														
	<input type="checkbox"/> Wyższe														
	<input type="checkbox"/> W trakcie studiów w trybie zaocznym lub wieczorowym														
9. Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy (osoby pozostające bez pracy, gotowe do jej podjęcia i aktywnie poszukujące pracy, jednak nie zarejestrowane w urzędzie pracy)														
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, W tym długotrwale bezrobotna:														

Fundacja Partycypacji Społecznej
ul. Sportowa 24a
89-310 Łobżenica
e-mail: biuro@fundacja-spoleczna.pl
www.fundacja-spoleczna.pl



	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Zakwalifikowana do III profilu pomocy: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> oświadczam, że planuję wejście/powrót na rynek pracy <input type="checkbox"/> oświadczam, że nie planuję wejścia/powrotu na rynek pracy
10. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input checked="" type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione wyżej) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
11. Oświadczenia Uczestnika	Oświadczam, że jestem: <input type="checkbox"/> osobą nieuczestniczącą w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym, <input type="checkbox"/> osobą nieszkolącą się (osoby nieuczestniczące w pozaszkolnych zajęciach mających na celu uzyskanie, uzupełnienie lub doskonalenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych lub ogólnych, potrzebnych do wykonywania pracy, Oświadczam, że jestem: <input type="checkbox"/> osobą z orzeczonym lekkim stopniem niepełnosprawności <input type="checkbox"/> osobą z orzeczonym umiarkowanym stopniem niepełnosprawności <input type="checkbox"/> osobą z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności Typ niepełnosprawności: Oświadczam, że jestem osobą spełniającą przesłankę ubóstwa, tj. osobą korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
12. Oświadczenie	Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie moich danych osobowych obecnie i w przyszłości przez Fundację Partycypacji Społecznej oraz organy administracji rządowej oraz samorządowej lub upoważnione przez nie instytucje (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późniejszymi zmianami) – w celach związanych z realizacją, monitoringiem, kontrolą i ewaluacją projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa. Oświadczam, że zapoznałem/-am i akceptuję Regulamin rekrutacji i Regulamin warunków

	uczestnictwa
13. Data i miejsce sporządzenia formularza	
14. Podpis uczestnika	
15. Poziom przyznanego wsparcia	<input type="checkbox"/> indywidualne wsparcie doradczo - szkoleniowe <input type="checkbox"/> warsztaty grupowe z doradcą zawodowym i psychologiem <input type="checkbox"/> odbycie szkoleń/kursów <input type="checkbox"/> staż zawodowy
16. Data rozpoczęcia udziału w projekcie <i>(należy wpisać datę podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie)</i>
17. Data zakończenia udziału w projekcie <i>(należy wpisać ostatni dzień danej osoby w projekcie)</i>
18. Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
19. Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia <i>(należy wypełnić na podstawie deklaracji uczestnika bądź informacji posiadanych przez projektodawcę)</i>	<input type="checkbox"/> Podjęcie zatrudnienia <input type="checkbox"/> Podjęcie nauki <input type="checkbox"/> Inne