



ANKIETA REKRUTACYJNA

w ramach projektu pn. „Mieszkania chronione szansą na lepsze życie”

Imię:	Nazwisko:	Płeć: M K
Data urodzenia: _ _ - _ - _ _ _ _		Wiek w latach:
Miejsce urodzenia:		
PESEL _ _ _ _ _ _ _ _	Dane do kontaktu:	
Adres zamieszkania: ul. _____ nr _____ miejscowość _____ (miasto*/ wieś) kod pocztowy _ _ - _ _ _ _ poczta _____	numer telefonu (domowy): _____	
	telefon komórkowy: _____	
	e-mail: _____	
Pochodzenie*: <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś	Poziom wykształcenia: <input type="checkbox"/> brak, <input type="checkbox"/> niepełne podstawowe, <input type="checkbox"/> podstawowe, <input type="checkbox"/> gimnazjalne, <input type="checkbox"/> gimnazjalne specjalne, <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe, <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe specjalne, <input type="checkbox"/> średnie zawodowe (technik), <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące, <input type="checkbox"/> pomaturalne, <input type="checkbox"/> licencjat <input type="checkbox"/> wyższe	
Uczestnik: <input type="checkbox"/> Warsztat Terapii Zajęciowej w Gorzycach <input type="checkbox"/> Caritas Archidiecezji Katowickiej Ośrodek Św. Hiacynty i Franciszka w Wodzisławiu Śl. - Ośrodek Wsparcia w Połomii <input type="checkbox"/> Powiatowy Ośrodek Wsparcia Perła <input type="checkbox"/> Zakład Aktywności Zawodowej lub Opuszczający: <input type="checkbox"/> rodzinę zastępczą <input type="checkbox"/> placówkę opiekuńczo-wychowawczą <input type="checkbox"/> Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy <input type="checkbox"/> Zakład Poprawczy <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY		
Status Uczestnika projektu:		

- bezrobotny (zarejestrowany),
w tym długotrwale bezrobotny
- nieaktywny zawodowo (niezarejestrowany w PUP),
 w tym uczący się lub kształcący
- zatrudniony
 w tym: zatrudniony w zakładzie aktywności zawodowej

Posiadam orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów: (właściwie zaznacz „X”)

TAK:

I grupa	Całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji	Znaczny stopień	
II grupa	Całkowita niezdolność do pracy	Umiarkowany stopień	
III grupa	Częściowo niezdolność do pracy	Lekki stopień	

NIE

Posiadam dochód:

- renta socjalna alimenty dochód z pracy
- renta rodzinna zasiłek pielęgnacyjny dochód z praktyk zawodowych
- zasiłek stały pomoc na kontynuowanie nauki inne (jakie).....

jestem osobą **spełniającą** kryteria dochodowe (dochód dla osoby samotnie gospodarującej nie przekracza kwoty 975 zł lub dla osoby w rodzinie nie przekracza kwoty 771 zł tj. 150% kryterium dochodowego)

jestem osobą **niespełniającą** kryteriów dochodowych

Czy obecnie uczestniczy Pan/Pani w innym projekcie realizowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego:

- TAK
 NIE

Czy korzysta Pan/Pani z usług pomocy społecznej? (tj. ośrodek pomocy społecznej, powiatowy urząd pracy, świadczenia oferowane przez PCPR, darmowe porady prawnicze, psychologiczne itp.)

- TAK
 NIE

Deklaruję swój udział w zajęciach organizowanych w ramach projektu, w tym w formach wyjazdowych:

- TAK
 NIE

Dane osoby zgłaszającej/ opiekuna faktycznego(osoba opiekująca się osobą niesamodzielną lub jeżeli działa prawnie w imieniu kandydata):

Nazwisko i imię.....

stopień pokrewieństwa/status prawny.....

Adres zamieszkania.....

telefon kontaktowy.....

seria i nr dowodu osobistego.....

Czytelny podpis uczestnika

Czytelny podpis opiekuna prawnego.....