



Karta informacyjna (ankieta) osoby zainteresowanej udziałem w projekcie „DRUGA SZANSA NA PRZYSZŁOŚĆ”

I. Dane osoby zainteresowanej uczestnictwem

Nazwa	Dane uczestnika/czki projektu	
Imię		
Nazwisko		
PESEL		
Województwo/Powiat/ Gmina		
Wykształcenie		
Adres (ulica nr domu, miejscowość)		
Telefon		
Adres e-mail		
Status na rynku pracy	<input type="checkbox"/> Osoba zarejestrowana w PUP w tym: <ul style="list-style-type: none"> • długotrwale bezrobotna • inne 	<input type="checkbox"/> Osoba niezarejestrowana w PUP w tym: <ul style="list-style-type: none"> • długotrwale bezrobotna • inne
	<input type="checkbox"/> Osoba nieaktywna zawodowo w tym: <ul style="list-style-type: none"> • ucząca się • inne 	<input type="checkbox"/> Inne



Wyuczony zawód		
Ostatnio wykonywany zawód		
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<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 niepełnosprawna	<input type="checkbox"/> TAK	Stopień niepełnosprawności Rodzaj niepełnosprawności z niepełnosprawnościami sprzężonymi/niepełnosprawnością intelektualną/ z zaburzeniami psychicznymi
	<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 na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	



Osoba o innej niekorzystnej sytuacji

- TAK w tym :**
- osoba korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej z powodu m.in.: ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradności w sprawach opiekuńczo - wychowawczych, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizmu lub narkomanii
 - osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13.06. 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
 - zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015r. poz. 149, z późn. zm.);
 - osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 - 2020
- NIE**

Ja niżej podpisany/a potwierdzam prawdziwość podanych przeze mnie danych zawartych w niniejszym dokumencie, jak również w innych dokumentach dotyczących udzielanego wsparcia i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach w tym np. o zmianie: nr telefonu, adresu, statusu na rynku pracy. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z przepisów z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy, w związku z art. 75 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego i oświadczam że powyższe dane są zgodne z prawdą.

Data...../...../.....r.

(podpis)

Załączniki:

.....

