



Opieka w zagrodzie – gospodarstwa opiekuńcze w woj. kujawsko-pomorskim

Załącznik nr 4

DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU

Proszę wypełnić drukowanymi literami. Uzupełniać należy wyłącznie białe pola.

W rubrykach oznaczonych * - zaznaczyć X właściwą odpowiedź (tylko jedną)

Dane uczestnika			
Imię		Nazwisko	
PESEL		Płeć*	Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>
Wykształcenie*	nizsze niż podstawowe <input type="checkbox"/>	podstawowe <input type="checkbox"/>	gimnazjalne <input type="checkbox"/>
	ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/>	policealne <input type="checkbox"/>	wyższe <input type="checkbox"/>
Dane kontaktowe			
Województwo		Powiat	
Gmina		Miejscowość	
Ulica		Nr budynku	
Nr lokalu		Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy		Adres e-mail	
Status uczestnika na rynku pracy			
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu*			
osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/>	osoba długotrwale bezrobotna		<input type="checkbox"/>
	inne		<input type="checkbox"/>
osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/>	osoba długotrwale bezrobotna		<input type="checkbox"/>
	inne		<input type="checkbox"/>
osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/>	osoba ucząca się		<input type="checkbox"/>
	osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu		<input type="checkbox"/>
	inne (np. emeryt, rencista)		<input type="checkbox"/>
osoba pracująca <input type="checkbox"/>	osoba pracująca w administracji rządowej		<input type="checkbox"/>
	osoba pracująca w administracji samorządowej		<input type="checkbox"/>
	osoba pracująca w MMŚP		<input type="checkbox"/>
	osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie		<input type="checkbox"/>
	osoba pracująca w organizacji pozarządowej		<input type="checkbox"/>
	osoba prowadząca działalność na własny rachunek		<input type="checkbox"/>
dot. osób pracujących	wykonywany zawód		
	zatrudniony/na w		

Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu		
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia*		
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/>
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań*	Tak <input type="checkbox"/>	
	Nie <input type="checkbox"/>	
Osoba z niepełnosprawnościami*		
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/>
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)* ¹		
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/>

Mając świadomość możliwości pociągnięcia mnie do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.

.....
miejsowość, data

.....
podpis

¹ Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej należą:

- osoby, które nie uzyskały wykształcenia podstawowego,
- byli więźniowie,
- narkomani,
- osoby zamieszkujące na obszarach wiejskich.