



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

### Wstępna ankieta zgłoszeniowa do projektu „Bliżej samodzielności”

<b>Dane podstawowe</b>	<i>Imię i nazwisko</i>	
	<i>Data urodzenia /PESEL</i>	
<b>Adres zamieszkania</b>	<i>Ulica</i>	
	<i>Nr domu</i>	<i>Nr lokalu</i>
	<i>Kod pocztowy, miejscowość</i>	
<b>Dodatkowe informacje</b>		
<i>Telefon kontaktowy:</i>		
<i>Adres poczty elektronicznej:</i>		
<i>Wykształcenie:</i> <i>brak <input type="checkbox"/> / podstawowe <input type="checkbox"/> / gimnazjalne <input type="checkbox"/> / ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> / pomaturalne <input type="checkbox"/> / wyższe <input type="checkbox"/></i>		
<i>Posiadam kwalifikacje zawodowe - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i> <i>Jeśli tak to jakie?.....</i>		
<i>Dodatkowe kwalifikacje, ukończone kursy.....</i> <i>.....</i>		
<i>Uczę się w systemie: dziennym <input type="checkbox"/> / zaocznym <input type="checkbox"/> / wieczorowym <input type="checkbox"/> / nie uczę się <input type="checkbox"/></i>		
<i>Jestem osobą pracującą - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i> <i>Jestem zarejestrowana/y w PUP - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i> <i>Pobieram świadczenie z ubezpieczenia społecznego - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i> <i>Jeśli tak to jakie.....</i> <i>Pobieram świadczenie z pomocy społecznej - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i> <i>Jeśli tak to jakie.....</i>		
<i>Korzystam / korzystałam/em z pomocy GOPS/ PCPR- tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i> <i>Jeśli tak to kiedy i z jakiej formy?.....</i>		
<i>Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument równoważny poświadczający niepełnosprawność - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i> <i>Jeśli tak to jaki?.....</i> <i>Do kiedy?.....</i> <i>Rodzaj schorzenia.....</i>		

- Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania mnie do uczestnictwa w projekcie po otrzymanym wsparciu jestem/ nie jestem zainteresowany/a podjęciem zatrudnienia.
- Oświadczam, że korzystam/ nie korzystam z pomocy w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.
- Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń/informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....  
Data i czytelny podpis

W związku z faktem, że jestem zainteresowany/a uczestnictwem w projekcie „Bliżej samodzielności” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016r. poz. 922) na potrzeby rekrutacji uczestników do Projektu.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- moje dane osobowe będą przetwarzane w celu wstępnej rekrutacji uczestników Projektu
- moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom uprawnionym do kontroli prawidłowości realizacji Projektu;
- mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....  
Data i czytelny podpis

Potwierdzam, że Pan/i.....

PESEL ..... zam. ....

spełnia selekcyjne kryteria udziału w projekcie „Bliżej samodzielności” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, tj.:

- jest osobą z niepełnosprawnością w wieku 18-60,
- jest wychowankiem pieczy zastępczej w wieku 15-25,
- jest mieszkańcem powiatu kozienickiego,
- korzysta z pomocy społecznej,
- jest zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

.....  
(Data i podpis pracownika socjalnego)

*\*niepotrzebne skreślić*