

Data wpływu	
Nr ewidencyjny	
Formularz poprawny formalnie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Zakwalifikowanie osoby/środowiska jest zgodne z diagnozą wstępną	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

wypełnia realizator projektu

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY do projektu „TERAZ MY!”

1	Imię	
2	Nazwisko	
3	Miejsce zamieszkania (ulica, nr domu/lokalu, kod pocztowy, miejscowość)	
4	Województwo/ Powiat/ Gmina	/
5	Telefon kontaktowy	
6	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
7	PESEL	
8	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

9	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (średnie lub zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> policealne (wyższe niż średnie, ale nie wyższe) <input type="checkbox"/> wyższe
10	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	w tym	<input type="checkbox"/> o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności; <input type="checkbox"/> z niepełnosprawnościami sprzężonymi / niepełnosprawnością intelektualną / z zaburzeniami psychicznymi <input type="checkbox"/> nie dotyczy
11	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
12	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
13	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wykazane powyżej)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13.06. 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; <input type="checkbox"/> 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.); <input type="checkbox"/> osoby korzystające z Programu

		Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 - 2020
14	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w rejestrze urzędu pracy <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> w tym inne <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> w tym inne <input type="checkbox"/> osoba nieaktywna zawodowo <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> w tym osoba ucząca się <input type="checkbox"/> w tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> w tym inne <input type="checkbox"/> Inne
15	Wyuczony/Wykonywany zawód	

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.

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikacyjne i zapoznałem/am się z Regulaminem udziału w projekcie pn. „**TERAZ MY!**” i przyjmuje jego warunki bez zastrzeżeń.

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

.....

(podpis)

Załączniki:

.....

.....