

Projekt „**Amisiowa Kraina Dziecka**” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

ZALACZNIK nr 2

FORMULARZ REKRUTACYJNY- ANKIETA DANYCH OSOBOWYCH

Tytuł projektu:	“Amisiowa Kraina Dziecka”
Nr projektu:	RPLD.10.01.00-10-A019/18

Dane podstawowe uczestnika/czki (DRUKOWANE LITERY)	
Imię/Imiona	
Nazwisko	
PESEL	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawow <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe
DANE KONTAKTOWE	
Kraj	POLSKA
Województwo	ŁÓDZKIE
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

Projekt „Amisiowa Kraina Dziecka” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Status uczestnika/ki na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu	
Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym	<input type="checkbox"/> osoba niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> osoba zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna (ponad 12 miesięcy)
Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się/studiująca w <input type="checkbox"/> osoba na urlopie wychowawczym do.....
Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Nazwa zakładu pracy: Stanowisko:
Status uczestnika/ki w chwili przystępowania do projektu	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego	<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 z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba przebywająca w gospodarstwie bez osób pracujących w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba pozostająca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jakiej...

Projekt „Amisiowa Kraina Dziecka” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Dodatkowe kryteria merytoryczne

Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności	TAK/NIE	Należy dołączyć orzeczenie ksero
Rodzina wielodzietna	TAK/NIE	Należy dołączyć ksero kartę dużej rodziny'
Osoba samotnie wychowująca dziecko	TAK/NIE	Należy dołączyć oświadczenie
Dziecko objęte pieczęcią zastępczą	TAK/NIE	Należy dołączyć oświadczenie
Trudna sytuacja materialna	TAK/NIE	Należy dołączyć oświadczenie

Kwalifikacja do obszaru wg stopnia urbanizacji (wypełnia Pracownik projektu zgodnie z SL2014)	<input type="checkbox"/> DEGURBA 1 <input type="checkbox"/> DEGURBA 2 <input type="checkbox"/> DEGURBA 3
--	--

PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ - OŚWIADCZAM, ŻE	
Mam miejsce zamieszkania na terenie województwa łódzkiego – powiat Sieradzki	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem rodzicem/opiekunem prawnym dziecka w wieku do lat 3	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z oświadczam, że wszystkie podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis uczestnika/czki projektu