



GMINA POŁANIEC

**Załącznik nr 3 do Regulaminu Rekrutacji – Kwestionariusz osobowy uczestnika projektu.
Projekt pn.: „Rozwój wysokiej jakości usług społecznych w Gminie Połaniec –
wsparcie dla usług asystenckich i opiekuńczych”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego
Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020**

Kwestionariusz osobowy uczestnika projektu:

I.	Dane uczestnika:		
1.	Imię (Imiona):		
2.	Nazwisko:		
3.	Nazwisko rodowe:		
4.	Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
5.	Data i miejsce urodzenia:		
6.	Pesel:		
7.	Obywatelstwo:		
8.	Zakres oczekiwanej pomocy: (stadium choroby, sytuacja życiowa itp.)		



GMINA POŁANIEC

--	--



GMINA POŁANIEC

II.	Dane kontaktowe:		
1.	Miejscowość:		
2.	Ulica:		
3.	Nr domu:		
4.	Nr lokalu:		
5.	Kod pocztowy:		
6.	Obszar:	<input type="checkbox"/> Obszar miejski	<input type="checkbox"/> Obszar wiejski
7.	Województwo:		
8.	Powiat:		
9.	Gmina:		
10.	Adres do korespondencji: (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)		
11.	Telefon:		
12.	Adres e-mail:		
III.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:		
1.	Status osoby na rynku pracy (w chwili przystąpienia do projektu):	Osoba bezrobotna:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2.	W tym:	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna	
3.	Osoba bierna zawodowo:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
4.	W tym:	<input type="checkbox"/> Osoba ucząca się lub kształcąca <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	



GMINA POŁANIEC

5.	Zatrudniony:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6.	W tym:	<input type="checkbox"/> Rolnik <input type="checkbox"/> Samozatrudniony <input type="checkbox"/> Zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Zatrudniony w średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Zatrudniony w organizacji pozarządowej
7.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
8.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
9.	Osoba z niepełnosprawnościami:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
10.	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
11.	Osoba żyjąca w gospodarstwie domowym składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
12.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej):	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
13.	Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
14.	Osoba sprawująca opiekę nad osobą zależną:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
15.	<p>Oświadczam, iż należę do grona osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, ponieważ:</p> <input type="checkbox"/> jestem osobą bezrobotną <input type="checkbox"/> jestem osobą kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, ponieważ	



GMINA POŁANIEC

	<p>spełniam co najmniej jedną z przesłanek, określonych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej, który mówi, iż pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu (zaznaczyć właściwą /-e przesłankę/-i)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ubóstwa; <input type="checkbox"/> sieroctwa; <input type="checkbox"/> bezdomności; <input type="checkbox"/> bezrobocia; <input type="checkbox"/> niepełnosprawności; <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby; <input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; <input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców; <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii; <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej. <p>Data i czytelny podpis.....</p>	
16.	<p>Pobieram rentę:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <p>(Załączam kserokopię decyzji o przyznaniu renty)</p>	
17.	<p>Oświadczam, że przysługuje / nie przysługuje (właściwe podkreślić) mi prawo do zasiłku dla osób bezrobotnych zgodnie z art. 9 ust. 6a z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2016 r. poz.963, z późn. zm.), na podstawie decyzjiz PUP.</p> <p>Świadczenie pobieram w okresie od..... do.....</p> <p>Do niniejszego oświadczenia dołączam kopię decyzji o przyznaniu świadczenia.</p> <p>Data i czytelny podpis</p>	
IV.	Dodatkowe informacje:	
1.	Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku: (Imię, nazwisko, adres, telefon)	



GMINA POŁANIEC

Oświadczam, że dane zawarte w pkt. I, II są zgodnie z dowodem osobistym

serianr.....

wydanym przez

data wydania dowodu osobistego.....

albo innym dowodem tożsamości.....

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis osoby składającej lub opiekuna prawnego/faktycznego)

POTWIERDZENIE ZGODNOŚCI DANYCH - przez pracownika projektu

Potwierdzam zgodność danych zawartych w kwestionariuszu osobowym uczestnika projektu na podstawie dowodu osobistego Uczestniczki/Uczestnika.

.....
/Seria i numer dowodu osobistego/

.....
**Miejscowość i data
przyjmującego**

.....
Czytelny podpis pracownika projektu