



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:		
II.	Kwalifikacje zawodowe kandydata do projektu:		
1.	Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe	
2.	Wykształcenie: Nazwa i rok ukończenia szkoły (podać datę ukończenia lub rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania) lub wykształcenie uzupełniające		



GMINA POŁANIEC

3.	Ukończone kursy i szkolenia:	
4.	Dodatkowe uprawnienia, kwalifikacje, zainteresowania, umiejętności:	
5.	Przebieg dotychczasowego zatrudnienia jeśli jest tożsamy z zakresem obowiązków w projekcie:	
III.	Dane kontaktowe:	
1.	Miejscowość:	
2.	Ulica:	
3.	Nr domu:	
4.	Nr lokalu:	
5.	Kod pocztowy:	



GMINA POŁANIEC

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:		
IV.	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	
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	



GMINA POŁANIEC

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 (innej 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> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> jestem osobą bezrobotną <input type="checkbox"/> jestem osobą kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, ponieważ 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): <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; 	



GMINA POŁANIEC

	<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.
	Data i czytelny podpis.....
16.	<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 1998 r. 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>Data i czytelny podpis</p>
17.	<p>Jestem gotowa / gotowy do podniesienia umiejętności społeczno – zawodowych oraz podniesienia kwalifikacji zawodowych:</p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
18.	<p>Jestem gotowa / gotowy do podjęcia zatrudnienia po zakończeniu projektu:</p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
19.	<p>Posiadam prawo jazdy kat. B :</p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
20.	<p>Posiadam samochód osobowy stanowiący moją własność lub współwłasność bądź jestem jego użytkownikiem na podstawie oświadczenia o użyczeniu pojazdu:</p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
V.	Dodatkowe informacje:
1.	<p>Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku: (Imię, nazwisko, adres, telefon)</p>



GMINA POŁANIEC

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

serianr.....

wydanym przez

data wydania dowodu osobistego.....

albo innym dowodem tożsamości.....

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis osoby składającej)

POTWIERDZENIE ZGODNOŚCI DANYCH - przez pracownika projektu

Potwierdzam zgodność danych zawartych w Kwestionariuszu osobowy uczestnika projektu na podstawie dowodu osobistego Uczestniczki/Uczestnika.

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

.....
Miejscowość i data

.....
**Czytelny podpis pracownika projektu
/przyjmującego**