

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
Projekt pn. „SZANSA NA SAMODZIELNOŚĆ”.

Lp.	Nazwa	Dane uczestnika		
1.	Imię (imiona)			
2.	Nazwisko			
3.	PESEL			
4.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu			
5.	Wykształcenie (zaznaczyć X)	Niższe niż podstawowe		
		Podstawowe		
		Gimnazjalne		
		Ponadgimnazjalne		
		Policealne		
	Wyższe			
6.	Województwo	Lubuskie		
7.	Powiat	Żagański		
8.	Gmina			
9.	Miejscowość		Kod pocztowy	
10.	Ulica		Nr domu / Nr lokalu	
11.	Miasto/Wieś			
12.	Telefon kontaktowy		E-mail	
13.	Powód zgłoszenia (zaznaczyć X)	Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w urzędzie pracy		
		Jestem osobą niezarejestrowaną w urzędzie pracy		
		Jestem osobą bierną zawodowo		
		Jestem osobą niepełnosprawną, Stopień:		
		Jestem osoba pracującą		
		Korzystam z pomocy społecznej		
		Od kiedy?		
		Jestem rodziną przeżywającą trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych		
		Jestem wychowankiem w pieczy zastępczej		
		Jestem wychowankiem opuszczającym pieczę zastępczą		
Jestem rodzicem zastępczym				
Jestem rodzicem biologicznym/krewnym inną osobą znaczącą dziecka w pieczy zastępczej				
14.	Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności lub stanu zdrowia*			
Przyjmuję do wiadomości, że złożenie formularza nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem mnie do uczestnictwa w projekcie.				
Po zakwalifikowaniu, zobowiązuję się do dostarczenia wszelkich dokumentów potwierdzających dane zawarte w formularzu.				

Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Karcie zgłoszeniowej są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żaganiu w ramach Projektu (zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. z 1997 r. nr 133 poz.883 z późn. zm.).

.....
Data

.....
Czytelny podpis kandydata

*specjalne dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową, zapewnienie tłumacza języka migowego, potrzeby żywieniowe, inne specjalne potrzeby

ROZPOCZĘCIE UDZIAŁU W PROJEKCIE- WYPEŁNIA PRACOWNIK PCPR W ŻAGANIU

15.	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
16.	Data zakończenia udziału w projekcie	
17.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
		W tym
		Długotrwale bezrobotna
		Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
		Osoba bierna zawodowo
		Osoba ucząca się
		W tym:
		Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
		inne
		Osoba pracująca
W tym:	Osoba pracująca w administracji rządowej	
	Osoba pracująca w administracji samorządowej	
	inne	
	Osoba pracująca w MSP	
	Osoba pracująca w organizacji pozarządowej	
	Osoba prowadząca działalność na własny rachunek	
	Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	
Zatrudniona w		
Wykonywany zawód		

18.	Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	
		Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	
		Osoba z niepełnosprawnościami	
		Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	
		W tym gospodarstwa domowe z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	
		Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	
		Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	
19.	Rodzaj przyznanego wsparcia	Usługa aktywnej integracji	
		Usługa społeczna świadczona w interesie ogólnym	
		Doradztwo	
		Staż/praktyka	
		Pośrednictwo pracy	
		stypendium	
		Szkolenie/kurs	
		Wizyta studyjna	
		Inne (jakie):	
		Opieka nad dzieckiem do lat 3/refundacja kosztów opieki nad dziećmi do lat 7 lub inną osobą zależną	
Zwrot kosztów przejazdów/zakwaterowania			
20.	Zakończenie udziału w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niego ścieżką uczestnictwa	Tak	
		Nie	
21.	Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie (wskazać 2)	Osoba podjęła pracę/rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek	
		Osoba poszukująca pracy	
		Osoba podjęła kształcenie lub szkolenie	
		Osoba uzyskała kwalifikacje/ osoba nabyła kompetencje	
		Osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie	
		Inne	
Nie dotyczy			
22.	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu		
23.	Data zakończenia udziału we wsparciu		