



KWESTIONARIUSZ REKRUTACYJNY

Tytuł projektu	POZYTYWNE W PRZYSZŁOŚĆ			
Nr projektu	RPPD.07.01.00-20-0177/17			
Oś priorytetowa	VII. Poprawa spójności społecznej			
Działanie	7.1 Rozwój działań aktywnej integracji			
Priorytet inwestycyjny	9.1 Aktywne włączenie, w tym z myślą o promowaniu równych szans oraz aktywnego uczestnictwa i zwiększaniu szans na zatrudnienie			
Miejsce organizacji	Powiaty: m. Suwałki, suwalski, augustowski, sejneński, grajewski oraz moniecki			
Termin realizacji projektu	od	01.07.2018	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
	do	31.08.2019	Data zakończenia udziału w projekcie	

*UPRZEJMIĘ PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE **BIAŁYCH** RUBRYK WIELKIMI LITERAMI
ORAZ ZAZNACZENIE KRZYŻYKIEM ODPOWIEDNIEGO KWADRATU*



DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

Kraj	Rodzaj uczestnika	Nazwa instytucji	
Imię (Imiona)	Nazwisko	PESEL	
Płeć <i>Zaznaczyć odpowiednie:</i>	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	Wykształcenie <i>Zaznaczyć odpowiednie:</i>	
<input type="checkbox"/> kobieta		<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> policealne
<input type="checkbox"/> męczyzna		<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> wyższe
<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne			
Województwo	Powiat	Gmina	
Kod pocztowy	Miejscowość		
Ulica		Nr budynku	Nr lokalu
Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	Telefon kontaktowy	Adres e-mail	
<input type="checkbox"/> miejski	<input type="checkbox"/> nr	<input type="checkbox"/> adres.....	
<input type="checkbox"/> wiejski	<input type="checkbox"/> nie posiadam	<input type="checkbox"/> nie posiadam	
Adres do korespondencji <i>(jeżeli inny niż powyżej)</i>			



STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<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 posiadająca orzeczenie/a o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Specjalne potrzeby Uczestnika	<input type="checkbox"/> Tak, jakie? <input type="checkbox"/> Nie
Osoba należąca do rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym, w której jeden z rodziców/opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba niesamodzielną ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba żyjąca 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 (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba pełnoletnia (ukończony 18 r. ż.)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba zamieszkująca jeden z powiatów: m. Suwałki, suwalski, augustowski, sejneński, grajewski lub moniecki	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba posiadająca status osoby lub rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
w tym: wielokrotne wykluczenie (rozumiane jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przesłanki)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną, tj. spełniająca co najmniej jeden z warunków określonych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą, rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020;	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	w tym:
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Osoba zakwalifikowana do III profilu pomocy <input type="checkbox"/> Inne, jakie?.....

Oświadczam, że:

1. zostałem/-am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Regionalnego 2014 – 2020;
2. zapoznałem/-am się z Regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w projekcie, akceptuję go i jestem świadomy możliwości wprowadzania w nim zmian;
3. zostałem/am poinformowany/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnie z prawdą;
4. przyjmuję do wiadomości, że podanie fałszywych danych, skutkować będzie automatycznym zakończeniem udziału w projekcie, bez możliwości odwołania lub ponownego rozpatrzenia.

Niniejszym potwierdzam prawdziwość zamieszczonych danych własnoręcznym podpisem:

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika Projektu