

FORMULARZ UCZESTNICTWA

Prosimy wypełnić poniższą tabelę czytelnie, DRUKOWANYMI literami lub pismem komputerowym.

DANE UCZESTNICZKI / UCZESTNIKA PROJEKTU				
1	Imię		2	Nazwisko
3	Kraj	POLSKA	4	PŁEĆ <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
5	PESEL		6	WIEK (w chwili przystąpienia do projektu)
7	WYKSZTAŁCENIE	<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		
INFORMACJE DOT. ZAMIESZKANIA UCZESTNIKA				
8	Województwo	ŚLĄSKIE	9	Powiat
10	Gmina	BYTOM	11	Miejscowość
12	Kod pocztowy		13	Ulica
14	Nr budynku		15	Numer lokalu
16	Zaznacz właściwe:	Osoba zamieszkała w dzielnicy: <input type="checkbox"/> Śródmieście Północ <input type="checkbox"/> Śródmieście Zachód <input type="checkbox"/> inna	17	Zaznacz właściwe:
				Osoba zamieszkała na obszarze rewitalizacyjnym: <input type="checkbox"/> Bobrek <input type="checkbox"/> Śródmieście <input type="checkbox"/> Rozbrak <input type="checkbox"/> Kolonia Zgorzelec <input type="checkbox"/> nie mieszkam na obszarze rewitalizacji
18	Telefon kontaktowy		19	Adres e-mail:
20	Adres korespondencyjny <small>(jeśli jest inny niż wskazany powyżej)</small>			
DANE DODATKOWE				
21	Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne		
22	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 <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi		

		<p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Osoba z niepełnosprawnościami*:</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi</p> <p><i>*w przypadku odpowiedzi twierdzącej wymagane orzeczenie z określeniem stopnia niepełnosprawności</i></p> <p>Osoba, przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi</p> <p>w tym, w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Osoba żyjąca w gospodarstwie domowym składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi</p> <p>Osoba w innej, niekorzystnej sytuacji społecznej (innej, niż powyższe):</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi</p> <p>Osoba niesamodzielna (ze względu na wiek / niepełnosprawność ruchową/ stan zdrowia)*:</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi</p> <p><i>* w przypadku odpowiedzi twierdzącej wymagane zaświadczenie wraz z oceną w skali Barthel)</i></p> <p>Osoba cierpiąca na choroby krążenia:</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi</p> <p><i>* w przypadku odpowiedzi twierdzącej wymagane zaświadczenie lekarskie</i></p> <p>Osoba cierpiąca na cukrzycę typ 1 lub 2:</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi</p> <p><i>* w przypadku odpowiedzi twierdzącej wymagane zaświadczenie lekarskie</i></p>
23	Miejscowość, data wypełnienia formularza	Bytom,
24	Czytelny podpis uczestnika /Opiekuna	