Załącznik Nr 1.
do Regulaminu rekrutacji
i uczestnictwa w Projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

PN. „WSPIERANIE AKTYWNEGO WŁĄCZENIA SPOŁECZNEGO OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI ORAZ ZWIĘKSZENIE ICH ZDOLNOŚCI DO ZATRUDNIENIA POPRZEZ UTWORZENIE WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ JAKO PODMIOTU REINTEGRACJI W BORNEM SULINOWIE”

realizowanego na podstawie umowy Nr FEPZ.06.13-IP.01-0006/24, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021 - 2027, Priorytet 6: Fundusze Europejskie na rzecz aktywnego Pomorza Zachodniego, Działanie 6.13 Aktywna integracja w regionie – Typ 2. Tworzenie podmiotów reintegracyjnych tj. centrów integracji społecznej i klubów integracji społecznej oraz warsztatów terapii zajęciowej i zakładów aktywności zawodowej oraz wsparcie działalności istniejących podmiotów reintegracyjnych.

Zakres danych kandydata/kandydatki do projektu gromadzonych w systemie CST2021

(podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu)

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

I. DANE		
Nazwisko:		
Imię:		
Data urodzenia:		
PESEL:		
Wiek w chwili przystąpienia do Projektu:		
Płeć:	K	M
Obywatelstwo:		
II. ADRES ZAMIESZKANIA		
Kraj		
Województwo		

Powiat						
Gmina						
Miejscowość i kod pocztowy						
Ulica/nr domu/nr lokalu						
Tel. stacjonarny						
Tel. komórkowy						
Adres e-mail						
Wykształcenie						
Aktualny status na rynku pracy kandydata na uczestnika						
III. STATUS KANDYDATA/KANDYDATKI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ						
Osoba z niepełnosprawnościami	tak		nie			
Informacje o orzeczeniu	Nr orzeczenia ……		Data wydania ……		Termin ważności ……	
Stopień niepełnosprawności	Znaczny		Umiarkowany		Lekki	
Symbol przyczyny niepełnosprawności						
Wskazanie Zespołu ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności, dla osoby niezdolnej do podjęcia pracy, do uczestnictwa w terapii zajęciowej						
Konieczność opieki	Wymaga stałej opieki		Doraźnie wymaga opieki		Samodzielny	
	tak	nie	tak	nie	tak	nie
Dotychczasowe formy szkolenia/nazwa szkoły, rok ukończenia						
Imię i nazwisko opiekuna/opiekuna prawnego						
Adres, nr telefonu opiekuna/opiekuna						

prawnego	
IV. DANE UZUPEŁNIAJĄCE	
Osoba obcego pochodzenia	
Osoba państwa trzeciego	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	

…… (miejscowość i data)

…… (czytelny podpis kandydata/ki)

…… *(czytelny podpis opiekuna prawnego kandydata/ki)**

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej formularz powinien zostać podpisany przez jej prawnego opiekuna.