

| | |
|---|---|
| Tytuł projektu | Rodzina w Centrum |
| Numer projektu | RPKP.09.03.02-04-0008/16 |
| Oś priorytetowa | 9. Solidarne społeczeństwo |
| Działanie | 9.3 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych |
| Poddziałanie | 9.3.2 Rozwój usług społecznych |
| Program Operacyjny | Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 |
| Realizujący projekt | Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu wraz z 23 Partnerami (PCPR/MOPS/MOPR) |
| Nazwa Partnera realizującego Projekt | |

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU, PN. RODZINA W CENTRUM

| Lp. | Nazwa | DANE UCZESTNIKA PROJEKTU | |
|-----|--|---|----------------------------------|
| 1. | Imię | | |
| 2. | Nazwisko | | |
| 3. | PESEL | ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ | |
| 4. | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | | |
| 5. | Wykształcenie | <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe | |
| 6. | Województwo | | |
| 7. | Powiat | | |
| 8. | Gmina | | |
| 9. | Adres (ulica, numer budynku, numer lokalu) | Ulica | |
| | | Nr lokalu | |
| | | Nr budynku | |
| | | Miejscowość | |
| | | Kod pocztowy | ____ - ____ - ____ - ____ - ____ |
| 10. | Telefon kontaktowy (w przypadku osób | | |

| | | | |
|-----|--|---|---|
| | niepełnoletnich tel. kontaktowy osoby sprawującej opiekę) | | |
| 11. | Adres e-mail | | |
| 12. | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne |
| | | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne |
| | | <input type="checkbox"/> bierna zawodowo | w tym: <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne |
| | | <input type="checkbox"/> osoba pracująca | w tym: <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w mikro-, małym- średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne |
| | | Wykonywany zawód (dot. osób pracujących) | <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy |



| | | | |
|-----|---|--|---|
| | | | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny, jaki ? |
| | | Nazwa zakładu pracy (zatrudniony w:....) (dot. osób pracujących) | |
| 13. | Status osoby 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 podania informacji |
| | | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| | | Osoba z niepełnosprawnościami | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |
| | | Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących: w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| | | Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |



| | | | |
|-----|---|--|--|
| | | dzieci pozostających na utrzymaniu | |
| | | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) ¹ | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |
| 14. | Nazwa i adres szkoły/uczelni – (dotyczy osób nie mieszkających ani nie pracujących na terenie województwa kujawsko-pomorskiego) | | |
| 15. | Nazwa i adres miejsca zatrudnienia (dotyczy osób nie mieszkających ani nie uczących się na terenie województwa kujawsko-pomorskiego) | | |

Pouczony/a o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.

| | | |
|------------|------------------|---------------------------|
| Data | Miejscowość..... | Podpis ² |
|------------|------------------|---------------------------|

¹ Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej należy zawsze uwzględniać wskazane poniżej grupy:

- osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1,
- byli więźniowie,
- narkomani,
- osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań,
- osoby z obszarów wiejskich.

W przypadku, kiedy dana osoba zostaje uznana za znajdującą się w niekorzystnej sytuacji (np. z ww. powodu wykształcenia) jest jednocześnie np. osobą niepełnosprawną, należy ją wykazać w obu wskaźnikach (dot. niepełnosprawności oraz niekorzystnej sytuacji).

² W przypadku danych dotyczących osoby niepełnoletniej formularz podpisuje osoba sprawująca opiekę.