



INFORMACJA O UCZESTNIKU PROJEKTU

(prosimy wypełnić niniejszy dokument czytelnie, drukowanymi literami)

Ja, niżej podpisany/a:

Nazwisko	
Imię (imiona)	
Wiek w chwili przystępowania do projektu	

w związku z przystąpieniem do projektu nr **RPMA.09.02.02-14-b409/18** pn. „*DDOM w Chyliczkach, jako alternatywna forma opieki nad osobami zależnymi*”, **przedstawiam niezbędne informacje:**

W tabeli zawarte są m.in. informacje dotyczące danych wrażliwych. Uczestnik projektu ma możliwość odmowy podania danych wrażliwych.

WYKSZTAŁCENIE	
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
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU NA RYNKU PRACY (zaznaczyć „X” zgodnie ze stanem faktycznym)	
OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY ¹	<input type="checkbox"/> TAK w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna ² <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA	<input type="checkbox"/> TAK w tym:

¹ Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w rejestrze UP jako bezrobotna

² Osoba poniżej 25 lat przez okres dłuższy 6 m-cy, osoba 25+ przez okres dłuższy 12 m-cy.

W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY ³	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA BIERNA ZAWODOWO ⁴	<input type="checkbox"/> TAK w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca się (w trybie dziennym) <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA PRACUJĄCA	<input type="checkbox"/> TAK w tym: <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 prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracujące w MMŚP <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> NIE
WYKONYWANY ZAWÓD	<input type="checkbox"/> TAK w tym: 1. WYKONYWANY ZAWÓD <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 systemu 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

³ Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, zarejestrowana w rejestrze UP jako bezrobotna, zgodnie z zapisami ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

⁴ Osoby bierne zawodowo to osoby, które w danej chwili nie pracują i nie są bezrobotne. Do grupy zaliczamy m.in.: osoby otrzymujące emeryturę/rentę, osoby przebywające w domach opieki, studentów, osoby będące na urlopie wychowawczym.



	<input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny <p style="text-align: center;">2. ZATRUDNIONA/Y W:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">(należy podać nazwę i adres zakładu pracy)</p> <input type="checkbox"/> NIE
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU (zaznaczyć „X” zgodnie ze stanem faktycznym)	
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 przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących ⁵	<input type="checkbox"/> TAK <p style="text-align: center;">w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE
Osoba żyjąca w gospodarstwie domowym składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba samotna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z ograniczonym dostępem do usług medycznych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba nie mająca możliwości korzystania z transportu zbiorowego ze względu na jego niedostosowanie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z ograniczonym dostępem do informacji i/lub kultury	<input type="checkbox"/> TAK

⁵ Gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje; wszyscy członkowie są albo bezrobotni albo bierni zawodowo.

	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba w innej niż ww. niekorzystnej sytuacji społecznej ⁶	<input type="checkbox"/> TAK, jakiej? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Zobowiązuję się poinformować CENTRUM ZDROWIA Adam Muszyński sp.j., ul. Czajewicza 5/7 lok. 49, 05-500 Piaseczno, w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis
uczestnika projektu

⁶ Np.: byli więźniowie, narkomani, osoby z obszarów wiejskich zgodnie ze stopniem urbanizacji (DEGURBA kategoria 3).