**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**„OGRÓD NADZIEI”**

**RPSW.09.02.03-26-0001/20-00**

Prosimy o czytelne wypełnienie DEKLARACJI uczestnictwa w projekcie.

**1. DANE PODSTAWOWE**

Imię i nazwisko: ………….…………………………………………………………………………………………………………

Płeć: □ K □ M

Wiek w chwili przystępowania do projektu (na dzień wypełnienia deklaracji
w projekcie): …………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

Data i miejsce urodzenia: …….……………………………………………

Kraj: …………………………………………………………………………….

**2. WYKSZTAŁCENIE (zaznaczyć właściwe)**

□ niższe niż podstawowe (nie ukończona szkoła podstawowa)

□ podstawowe (ukończona szkoła podstawowa)

□ gimnazjalne (ukończona szkoła gimnazjalna)

□ ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia)

□ policealne (wykształcenie powyżej szkoły średniej nie będącej wykształceniem wyższym)

□ wyższe (ukończona szkoła wyższa, licencjat lub magister)

**3. DANE ADRESOWE**

ulica ………………………………………………..……….

nr domu/lokalu…………………………………………

miejscowość…………………………………..………..

kod pocztowy……………………………………………

gmina…………………………………..…………….…….

powiat……………………………………………………….

województwo……………………………………….……

**4. DANE KONTAKTOWE**

Tel. stacjonarny……………………….……………………. adres korespondencyjny (jeżeli inny niż w pkt.3)

Tel. komórkowy……………….……………………………. ………………………………………………………………..

Adres email……………………………………………………. ………………………………………………………………..

**5. STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY (zaznaczyć właściwe)**

1. □ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
 □ w tym długotrwale bezrobotna
 □ inne

2. □ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
 □ w tym długotrwale bezrobotna
 □ inne

3. □ osoba bierna zawodowo

4. □ osoba pracująca

 □ w tym osoba pracująca w administracji rządowej

 □ w tym osoba pracująca w administracji samorządowej

 □ inne

 □ osoba pracująca w MMŚP

 □ osoba pracująca w organizacji pozarządowej

 □ osoba prowadząca działalność na własny rachunek

 □ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie

 **Wykonywany zawód:**

 □ instruktor praktycznej nauki zawodu

 □ nauczyciel kształcenia ogólnego

 □ nauczyciel wychowania przedszkolnego

 □ nauczyciel kształcenia zawodowego

 □ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia

 □ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej

 □ pracownik instytucji rynku pracy

 □ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego

 □ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej

 □ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej

 □ pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej

 □ rolnik

 □ inny

 **Zatrudniony w:** ………………………………………………………………………………………………

 (nazwa i adres instytucji)

**6. ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (zaznaczyć właściwe)**

 TAK NIE

Stopień niepełnosprawności:

 LEKKI UMIARKOWANY ZNACZNY

Rodzaj niepełnosprawności:

 INTELEKTUALNA FIZYCZNA

**7. STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (proszę zaznaczyć właściwe)**

□ Osoba zagrożona ubóstwem i wykluczeniem społecznym

□ Osoba z otoczenia osoby zagrożonej ubóstwem i wykluczeniem społecznym

□ Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

□ Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

□ Osoba z niepełnosprawnościami

□ Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (proszę napisać w jakiej) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wypełniają tylko osoby z niepełnosprawnościami:**

Czy posiada Pan/Pani bariery/problemy wynikające z niepełnosprawności?

□ tak

□ nie

Jeśli tak, proszę poniżej wymienić jakie

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jakie są Pana/Pani potrzeby wynikające z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział w zajęciach oferowanych w ramach niniejszego projektu?

□ tak

□ nie

Jeśli tak, proszę poniżej wymienić jakie

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**8. DATA ROZPOCZĘCIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Data ……………………………………………….

Miejscowość …………………………………..

………………………………………………

 (czytelny podpis uczestnika)

**9. DATA ZAKOŃCZENIA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Data ………………………………………………………..

Miejscowość ……………………………………………

Rodzaj udzielonego wsparcia:

- ……………………………………………………………………………..

- ……………………………………………………………………………..

- ……………………………………………………………………………..

- ……………………………………………………………………………..

- ……………………………………………………………………………..

- ……………………………………………………………………………..

- ……………………………………………………………………………..

- ……………………………………………………………………………..

- …………………………………………………………………………….