

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)



„Ogród nadziei” projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020 Europejski Fundusz Społeczny, Oś priorytetowa 09 Włączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działanie 09.02 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług Społecznych i zdrowotnych, Poddziałanie 09.02.03 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych (projekty konkursowe)



3. DANE ADRESOWE

ulica

nr domu/lokalu.....

miejsowość.....

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



„Ogród nadziei” projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020 Europejski Fundusz Społeczny, Oś priorytetowa 09 Włączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działanie 09.02 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług Społecznych i zdrowotnych, Poddziałanie 09.02.03 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych (projekty konkursowe)



- 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



„Ogród nadziei” projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020 Europejski Fundusz Społeczny, Oś priorytetowa 09 Włączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działanie 09.02 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług Społecznych i zdrowotnych, Poddziałanie 09.02.03 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych (projekty konkursowe)



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



„Ogród nadziei” projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020 Europejski Fundusz Społeczny, Oś priorytetowa 09 Włączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działanie 09.02 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług Społecznych i zdrowotnych, Poddziałanie 09.02.03 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych (projekty konkursowe)



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



„Ogród nadziei” projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020 Europejski Fundusz Społeczny, Oś priorytetowa 09 Włączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działanie 09.02 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług Społecznych i zdrowotnych, Poddziałanie 09.02.03 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych (projekty konkursowe)



Rodzaj udzielonego wsparcia:

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-



„Ogród nadziei” projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020 Europejski Fundusz Społeczny, Oś priorytetowa 09 Włączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działanie 09.02 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług Społecznych i zdrowotnych, Poddziałanie 09.02.03 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych (projekty konkursowe)

