



Załącznik nr 3  
do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Warszawski zintegrowany model wsparcia środowiskowego osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną - testowanie i wdrażanie modelu”

## FORMULARZ UCZESTNIKA PROJEKTU

<b>I. Dane osobowe Uczestnika projektu</b> (proszę wypełnić lub zaznaczyć X w kratce <input type="checkbox"/> w odpowiednim miejscu):	
Imię / Imiona	
Nazwisko	
PESEL	
<b>II. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</b> (proszę zaznaczyć X w kratce <input type="checkbox"/> w odpowiednim miejscu):	
jestem osobą <b>bezrobotną <u>dłużej</u></b> niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25 roku życia, <b>niezarejestrowaną</b> w ewidencji Urzędu Pracy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
jestem osobą <b>bezrobotną <u>krócej</u></b> niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25 roku życia, <b>niezarejestrowaną</b> w ewidencji Urzędu Pracy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
jestem osobą <b>bezrobotną zarejestrowaną</b> w ewidencji Urzędu Pracy <b><u>dłużej</u></b> niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25 roku życia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
jestem osobą <b>bezrobotną zarejestrowaną</b> w ewidencji Urzędu Pracy <b><u>krócej</u></b> niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25 roku życia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
jestem osobą <b>nieaktywną zawodową (bierną zawodową)</b> , w tym:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• jestem osobą uczącą się</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• nie uczestniczę w kształceniu lub szkoleniu</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• inne</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
jestem osobą <b>aktywną zawodowo (pracującą)</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



**Proszę uzupełnić, jeśli jest Pan/Pani osobą aktywną zawodową (pracującą):**

jestem osobą pracującą, zatrudnioną w (nazwa zakładu pracy):

.....

Rodzaj przedsiębiorstwa (proszę zaznaczyć właściwe):

- administracja rządowa
- administracja samorządowa
- inne
- MMŚP: mikroprzedsiębiorstwo/małe przedsiębiorstwo/średnie przedsiębiorstwo
- organizacja pozarządowa
- prowadzę działalność na własny rachunek
- duże przedsiębiorstwo

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, .....

**III. Dane dodatkowe**

(proszę zaznaczyć X w kratce  w odpowiednim miejscu):

Jestem osobą z niepełnosprawnością

Tak     Nie     Odmowa podania informacji

**IV. Oświadczenia Uczestnika /Uczestniczki projektu**

Oświadczam, że:

- a) podane przeze mnie dane są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym. O wszelkich zmianach, w szczególności o zmianie danych teleadresowych, niezwłocznie poinformuję Realizatora projektu.
- b) zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
- c) zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „Warszawski zintegrowany model wsparcia środowiskowego osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną - testowanie i wdrażanie modelu” ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....

(miejsowość i data)

.....  
(czytelny podpis Uczestnika/Opiekuna prawnego)



MIASTO  
STOLECZNE  
WARSZAWA



Warszawskie Centrum  
Pomocy Rodzinie

