**DANE UCZESTNIKA PROJEKTU pn. „Pomocna dłoń”**

**DOTYCZY UDZIAŁU W SZKOLENIACH/PRAKTYKACH OPIEKUŃCZYCH DLA OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH/FAKTYCZNYCH OSÓB NIESAMODZIELNYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I CZĘŚĆ -****DANE UCZESTNIKA**(PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI) | IMIĘ |  |
| NAZWISKO |  |
| PESEL |  | DATA URODZENIA |  |
| TELEFON |  | E-MAIL |  |
| POWIAT |  | GMINA |  |
| MIEJSCOWOŚĆ |  | KOD POCZTOWY |  |
| ULICA/NR BUDYNKU/LOKALU |  |

|  |
| --- |
| **Płeć:***Należy zaznaczyć x przy właściwym polu:* |
| **Kobieta**  |  |
| **Mężczyzna** |  |

|  |
| --- |
| **Wykształcenie:***Należy zaznaczyć x przy właściwym polu:* |
| **niższe niż podstawowe** |  |
| **podstawowe** |  |
| **gimnazjalne** |  |
| **ponadgimnazjalne** |  |
| **policealne** |  |
| **wyższe** |  |

|  |
| --- |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:***Należy zaznaczyć x przy właściwym polu/ właściwych polach:* |
| **osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:** |  |
| **osoba długotrwale bezrobotna** |  |
| **osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:** |  |
| **osoba długotrwale bezrobotna** |  |
| **osoba bierna zawodowo, w tym:** |  |
| **osoba ucząca się** |  |
| **osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu** |  |
| **osoba pracująca, w tym:** |  |
| **osoba pracująca w administracji rządowej** |  |
| **osoba pracująca w administracji samorządowej** |  |
| **osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie** |  |
| **osoba pracująca w Organizacji pozarządowej** |  |
| **osoba prowadząca działalność na własny rachunek** |  |
| **osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie** |  |

|  |
| --- |
| **Wykonywany zawód:***Dotyczy osób pracujących.**Należy zaznaczyć x przy właściwym polu:* |
| **nauczyciel kształcenia zawodowego** |  |
| **nauczyciel kształcenia ogólnego** |  |
| **nauczyciel wychowania przedszkolnego** |  |
| **pracownik instytucji szkolnictwa wyższego** |  |
| **pracownik instytucji rynku pracy** |  |
| **pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia** |  |
| **rolnik** |  |
| **kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej** |  |
| **pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej** |  |
| **pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej** |  |
| **pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej** |  |
| **instruktor praktycznej nauki zawodu** |  |
| **Inny zawód** |  |

|  |
| --- |
| **Miejsce zatrudnienia:***Dotyczy osób zatrudnionych.* *W tym polu należy podać nazwę instytucji/przedsiębiorstwa w którym jest się zatrudnionym* |
|  |

|  |
| --- |
| **Status uczestnika projektu:***Należy zaznaczyć x przy właściwych polach w każdym wierszu:* |
|  | **TAK** | **NIE** | **Odmowa odpowiedzi** |
| **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 (innej niż wymienione powyżej)** |  |  |  |

**II CZĘŚĆ – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU W PROJEKCIE (kryteria włączenia)**

Proszę zaznaczyć **X** jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria. Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie MUSI PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERIA WŁĄCZENIA:

* Mieszkam na terenie subregionu tarnowskiego
* Jestem opiekunem nieformalnym osoby niesamodzielnej

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU* |