

## FORMULARZ REKRUTACYJNY NR .... / ..... / 20...

### DANE UCZESTNIKA

Kraj	Polska
Rodzaj uczestnika	Indywidualny
Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Płeć (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
Wykształcenie (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)	<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

### DANE KONTAKTOWE

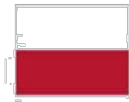
Adres	Województwo: Podkarpackie
	Powiat:
	Gmina:
	Miejscowość:
	Ulica:
	Nr budynku:

	Nr lokalu:
	Kod pocztowy:
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

## STATUS NA RYNKU PRACY

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)

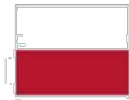
- osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:
  - osoba długotrwale bezrobotna
  - inne
- osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:
  - osoba długotrwale bezrobotna
  - inne
- osoba bierna zawodowo, w tym:
  - inne
  - osoba ucząca się
  - osoba uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
- osoba pracująca, w tym:
  - osoba pracująca w administracji rządowej
  - osoba pracująca w administracji samorządowej
  - osoba pracująca w MMŚP
  - osoba pracująca w organizacji pozarządowej
  - osoba prowadząca działalność na własny rachunek
  - osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
  - inne



<p>Wykonywany zawód (należy zaznaczyć jeżeli w statusie osoby na rynku pracy wybrano wartość osoba pracująca)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego</li> <li><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego</li> <li><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</li> <li><input type="checkbox"/> rolnik</li> <li><input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej</li> <li><input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu</li> <li><input type="checkbox"/> inny</li> </ul>
<p>Zatrudniony w:</p>	

**STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nie</li> <li><input type="checkbox"/> Tak</li> <li><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</li> </ul>
<p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nie</li> <li><input type="checkbox"/> Tak</li> </ul>
<p>Osoba z niepełnosprawnościami (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nie</li> <li><input type="checkbox"/> Tak</li> <li><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</li> </ul>



Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej – inne niż wymienione powyżej (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Konieczność skorzystania z usług wypożyczalni w zakresie użyczenia sprzętu zaleconego przez lekarza	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

Konieczność skorzystania ze szkolenia i warsztatów indywidualnych z opieki nad osobą potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która jest uczestnikiem projektu i korzysta z usług wypożyczalni ..... PESEL.....	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

Załączniki:

1. Oświadczenie o braku możliwości finansowania sprzętu ze środków publicznych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia.
2. Oświadczenie o zamieszkiwaniu na terenie miasta Przemyśla lub powiatu przemyskiego.
3. Zaświadczenie lekarskie zawierające ocenę sprawności według skali Barthel oraz potwierdzające konieczność i okres korzystania z danego sprzętu rehabilitacyjnego, wspomagającego i pielęgnacyjnego.
4. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub innego równoważnego dokumentu (w sytuacji posiadania).
5. Zaświadczenie lekarskie o trwającej rehabilitacji pocovidowej (w sytuacji posiadania).
6. Klauzula Informacyjna.
7. Upoważnienie do wypełnienia i złożenia formularza rekrutacyjnego (jeśli dotyczy).

.....  
 Data i czytelny podpis kandydatki/ta na uczestnika projektu/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego