

## FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU

DANE WNIOSKODAWCY: Jolanta Majdak  
TYTUŁ PROJEKTU: „Kamienica – miejsce dla dziecka i rodzica”  
PODDZIAŁANIE: 8.1.3 RPO WSL 2014-2020

Dotyczy dziecka			
Imię i nazwisko dziecka:			Data urodzenia:
Dane uczestnika <b>RODZICA</b>	1	Imię	
	2	Nazwisko	
	3	PESEL	
	4	Wykształcenie	
Dane kontaktowe uczestnika	1	Gmina	
	2	Miejscowość	
	3	Ulica	
	4	Nr budynku	
	5	Nr lokalu	
	6	Kod pocztowy	
	7	Telefon kontaktowy	
	8	Adres e-mail	
Szczegóły i rodzaj wsparcia	1	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
	2	Data zakończenia udziału w projekcie	
	3	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	1. Pracujący a. w dużym przedsiębiorstwie b. w MSP 2. Bezrobotny a. zarejestrowany w PUP b. niezarejestrowany w PUP
	4	Wykonywany zawód	
	5	Zatrudniony w	
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	1	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	tak/nie/odmowa podania informacji
	2	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	tak/nie
	3	Osoba z niepełnosprawnościami	tak/nie/odmowa podania informacji



	4	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione)	tak/nie/odmowa podania informacji
Informacje dodatkowe	1	Samotne wychowywanie dziecka	tak/nie (w przypadku odpowiedzi twierdzącej prosimy o załączenie oświadczenia)
	2	Dziecko z niepełnosprawnością	tak/nie (w przypadku odpowiedzi twierdzącej prosimy o załączenie orzeczenia o niepełnosprawności)

**Załączniki obowiązkowe:**

1. Zaświadczenia z zakładu pracy o pozostawaniu na urlopie rodzicielskim/wychowawczym lub zaświadczenia o zatrudnieniu (dotyczy osób zatrudnionych) **lub**
2. Zaświadczenie o zarejestrowaniu w Powiatowym Urzędzie Pracy (dotyczy osób bezrobotnych zarejestrowanych w PUP) **lub**
3. Zaświadczenie z ZUS o przebiegu ubezpieczeń społecznych (dotyczy osób bezrobotnych, niezarejestrowanych w PUP)

**Załączniki dodatkowe:**

1. Oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka (dotyczy osób samotnie wychowujących dziecko)
2. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (dotyczy osób niepełnosprawnością)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis kandydata na uczestnika projektu)