

ANKIETA REKRUTACYJNA

Numer projektu: FEMP.06.26-IP.01-0302/24

Tytuł projektu: „Razem dla aktywności”

1. Imię:

2. Nazwisko:

3. PESEL:

4. Płeć:

5. Adres zamieszkania:

Miejscowość:

Kod pocztowy __ - __ __ pocztą

Gmina:

Powiat:

6. Dane do kontaktu:

numer telefonu (domowy):

telefon komórkowy:

e-mail:

7. Zamieszkanie:

☐ obszar wiejski

☐ obszar miejski

8. Czy zamieszkuje Pan/Pani:

☐ Gminę Lanckorona lub Gminę Tomice

☐ Nie

9. Czy ma Pan/Pani orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?

☐ Tak

☐ Nie

a) Orzeczenie PZO – stopień

☐ lekki

☐ umiarkowany

☐ znaczny

Symbol – przyczyna – niepełnosprawności:

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 01-U | ☐ 07-S | ☐ 04-O | ☐ 10-N |
| ☐ 02-P | ☐ 08-T | ☐ 05-R | ☐ 11-I |
| ☐ 03-L | ☐ 09-M | ☐ 06-E | ☐ 12-C |

b) orzeczenie ZUS – stopień:

- ☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa

c) inne problemy zdrowotne:

.....

.....

.....

.....

d) załączniki:

- ☐ kserokopia orzeczenia

orzeczenie ważne do:

orzeczenie zostanie dostarczone w terminie do:

- ☐ inny dokument potwierdzający stan zdrowia

.....

.....

.....

10. Czy jest Pan/Pani związany/a z pieczęcią zastępczą?

- ☐ Tak

dokument potwierdzający:

.....

.....

.....

- ☐ Nie

11. Czy jest Pan/Pani osobą w kryzysie bezdomności, dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożonych bezdomnością?

- ☐ Tak

dokument potwierdzający obecną sytuację:

.....

.....

- ☐ Nie

12. Czy doświadcza Pan/Pani wielokrotnego wykluczania społecznego, zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej, czyli:

- ☐ ubóstwo
- ☐ sieroctwo
- ☐ bezdomność
- ☐ bezrobocie
- ☐ niepełnosprawność
- ☐ długotrwała lub ciężka choroba
- ☐ przemoc w rodzinie
- ☐ potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietność
- ☐ bezradność w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych
- ☐ brak umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej placówki opiekuńczo – wychowawcze
- ☐ trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego
- ☐ alkoholizm lub narkomania
- ☐ zdarzenia losowe lub sytuacja kryzysowa

13. Czy jest Pan/Pani objęty/a Programem Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027?

- ☐ Tak

dokument potwierdzający obecną sytuację:

.....
.....

- ☐ Nie

14. Czy jest Pan/Pani osobą opuszczającą placówkę opieki instytucjonalnej?

- ☐ Tak

dokument potwierdzający obecną sytuację:

.....
.....

- ☐ Nie

15. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy opuścił/a Pan/Pani jednostkę penitencyjną?☐ Tak

dokument potwierdzający obecną sytuację:

.....
.....

☐ Nie**16. Status Uczestnika projektu:**☐ osoba ucząca się☐ osoba korzystająca z pomocy społecznej (*tj. korzystająca ze świadczeń i usług PCPR trwale lub na okoliczność projektu*)**17. Poziom wykształcenia:**☐ brak lub niepełne podstawowe☐ podstawowe (*kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej*)☐ gimnazjalne (*kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej*)☐ ponadgimnazjalne (*kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej, wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe*)☐ pomaturalne (*kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym*)☐ wyższe (*pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym*)**18. Załączniki:**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis uczestnika)