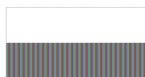


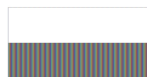
Załącznik Nr 7
do Zarządzenia Nr 1/2021
Kierownika Gminnego Ośrodka
Pomocy Społecznej w Orli
z dnia 20.04.2021 r.

**ANKIETA ZAWIERAJĄCA DANE INDYWIDUALNYCH UCZESTNIKÓW
PROJEKTU „Wsparcie usługami społecznymi w miejscu zamieszkania – gmina Orla”**

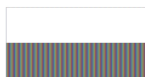
DANE PERSONALNE			
Imię/Imiona:			
Nazwisko:		Płeć:	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
PESEL:		Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
Data urodzenia:			
Adres zamieszkania:			
Kraj:			
Województwo:			
Powiat:			
Miejscowość:			
Ulica:			
Numer budynku:		Numer lokalu:	
Kod pocztowy:		Gmina:	
Obszar:	☐ Miejski ☐ Wiejski		



Telefon kontaktowy:		Adres e-mail:	
Adres do korespondencji:	☐ Ten sam co adres zamieszkania		
	☐ Inny:		
	Województwo		
	Powiat		
	Gmina		
	Kod pocztowy:		
	Miejscowość:		
	Nr budynku/lokalu:		
Ulica			
*Wykształcenie:	☐ Niższe niż podstawowe w sytuacji, gdy osoba nie osiągnęła wykształcenia podstawowego ☐ Podstawowe ☐ Gimnazjalne ☐ Ponadgimnazjalne ☐ Policealne ☐ Wyższe		
STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU			
*Status zawodowy kandydata:	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy:	☐ Tak ☐ Nie	
	W tym osoba długotrwale bezrobotna:	☐ Tak ☐ Nie	
	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji UP:	☐ Tak ☐ Nie	
	W tym osoba długotrwale bezrobotna	☐ Tak ☐ Nie	
	Osoba bierna zawodowo:	☐ Tak ☐ Nie	



	W tym: ☐ Osoba ucząca się ☐ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	
	Osoba w wieku poprodukcyjnym	☐ Tak ☐ Nie
	Osoba pracująca:	☐ Tak ☐ Nie
	W tym: ☐ Osoba pracująca w administracji rządowej ☐ Osoba pracująca w administracji samorządowej ☐ Osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ☐ Osoba pracująca w MMŚP (mikroprzedsiębiorstwa oraz małe i średnie przedsiębiorstwa) ☐ Osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ Inne	
	*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 wspierania rodziny i pieczy zastępczej ☐ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej ☐ pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej ☐ rolnik ☐ inny: ☐ nie dotyczy
Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia- dotyczy tylko osób zatrudnionych):		
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
*Dane wrażliwe:	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub	☐ Tak

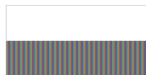


	etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐ Nie
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ Tak ☐ Nie
	Osoba z niepełnosprawnościami	☐ Tak ☐ Nie
	Jeśli TAK podać stopień niepełnosprawności: ☐ lekki ☐ umiarkowany ☐ znaczny	
	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	☐ Tak ☐ Nie
	W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	☐ Tak ☐ Nie
	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	☐ Tak ☐ Nie
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	☐ Tak ☐ Nie
Inne informacje na temat uczestnika istotne w kontekście możliwości uczestniczenia w Projekcie:		

*Rodzaj uczestnika:	*RODZAJ WSPARCIA
☐ Osoba niesamodzielną ☐ Osoba z niepełnosprawnościami	☐ pracy socjalnej ☐ fizjoterapeuty ☐ psychologa ☐ wsparcie finansowe dla osób niesamodzielną ☐ usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania
☐ Osoba chcąc wziąć udział w szkoleniach asystent osoby niesamodzielną/niepełnosprawnej	☐ pracy socjalnej ☐ przeszkolenie opiekunów/opiekunek



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Rzeczpospolita
Polska



Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji Projektu przez instytucje i osoby obsługujące i przekazujące dane osobowe, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

Potwierdzam poprawność i aktualność przedstawionych danych.

.....

.....
miejscowość i data

.....

.....
czytelny podpis uczestnika projektu**

Jednocześnie oświadczam, iż przyjąłem/am do wiadomości i zobowiązuje się przestrzegać warunki regulaminu naboru i rekrutacji uczestników w projekcie pn. „Wsparcie usługami społecznymi w miejscu zamieszkania – gmina Orla”.

.....

.....
data i czytelny podpis uczestnika**

** Zaznaczyć właściwe odpowiedzi.*

*** W przypadku niemożności podpisania przez uczestnika projektu formularz podpisuje jego opiekun faktyczny /prawny.*