|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ DANYCH**  uczestnika projektu pn. *Kompleksowa opieka nad matką i dzieckiem źródłem wsparcia dla rodzin powiatu krapkowickiego.*  \*prosimy wypełniać DRUKOWANYMI LITERAMI, zaznaczać poprzez wstawienie znaku X w kratce. | | | | | | | |
| **DANE UCZESTNIKA** | | | **Opiekun Prawny** | | | **Dziecko** | |
| Imię | | |  | | |  | |
| Nazwisko | | |  | | |  | |
| PESEL | | |  | | |  | |
| **☐** Brak PESEL | | | **☐** Brak PESEL | |
| Płeć | | |  | | |  | |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu | | |  | | |  | |
| Wykształcenie | | | **☐** Gimnazjalne | | |  | |
| **☐** Niższe niż podstawowe | | |  | |
| **☐** Podstawowe | | |  | |
| **☐** Policealne | | |  | |
| **☐** Ponadgimnazjalne | | |  | |
| **☐** Wyższe | | |  | |
| **DANE KONTAKTOWE ( dotyczy opiekuna prawnego)** | | | | | | | |
| Województwo | | |  | | | | |
| Powiat | | |  | | | | |
| Gmina | | |  | | | | |
| Miejscowość | | |  | | | | |
| Ulica | | |  | | | | |
| Numer budynku | | |  | | | | |
| Numer lokalu | | |  | | | | |
| Kod pocztowy | | |  | | | | |
| Telefon kontaktowy | | |  | | | | |
| Adres e-mail | | |  | | | | |
| **SZCZEGÓŁY WSPARCIA** | | | | | | | |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie | | |  | | | | |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | | | | | | | |
| **☐** Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | |  | w tym: | **☐** Osoba długotrwale bezrobotna | | | |
| **☐** Osoba zarejestrowana 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 | | | **☐** Osoba pracująca w administracji rządowej | | | | |
| **☐** Osoba pracująca w administracji samorządowej | | | | |
| **☐** Inne | | | | |
| **☐** Osoba pracująca w MMŚP | | | | |
| **☐** Osoba pracująca w organizacji pozarządowej | | | | |
| **☐** Osoba prowadząca działalność na własny rachunek | | | | |
| **☐** Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | | | | |
| Wykonywany zawód | | | **☐** Instruktor praktycznej nauki zawodu | | | | |
| **☐** Nauczyciel kształcenia ogólnego | | | | |
| **☐** Nauczyciel wychowania przedszkolnego | | | | |
| **☐** Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia | | | | |
| **☐** Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej | | | | |
| **☐** Pracownik instytucji rynku pracy | | | | |
| **☐** Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego | | | | |
| **☐** Pracownik instytucji systemu wpierania rodziny i pieczy zastępczej | | | | |
| **☐** Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej | | | | |
| **☐** Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej | | | | |
| **☐** Rolnik | | | | |
| **☐** Inny | | | | |
| **STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHIWLI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | | | | | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | **☐** Tak | | | | |
| **☐** Nie | | | | |
| **☐** Odmowa podania informacji | | | | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | **☐** Tak | | | | |
| **☐** Nie | | | | |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | | **☐** Tak | | | | |
| **☐** Nie | | | | |
| **☐** Odmowa podania informacji | | | | |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących | | | **☐** Tak | | w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | | **☐** Tak |
| **☐** Nie | | **☐** Nie |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | | | **☐** Tak | | | | |
| **☐** Nie | | | | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | | | **☐** Tak | | | | |
| **☐** Nie | | | | |
| **☐** Odmowa podania informacji | | | | |

Oświadczam, że wszystkie dane wykazane w formularzu są zgodne ze stanem rzeczywistym. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z „Oświadczeniem uczestnika projektu” stanowiącym załącznik do niniejszego formularza danych.

Administratorem danych osobowych jest Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. z siedziba w Krapkowicach przy osiedlu XXX-lecia 21.

……...................................................

*Podpis uczestnika projektu*