|  |
| --- |
| **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*