

FORMULARZ ZG/ OSZENIOWY

do projektu „Czas na pracę” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i zobowiązuje się do uczestnictwa w nim w okresie jego trwania tj. 01.01.2015r. do 31.03.2016r.

I. DANE OSOBOWE

Nazwisko			Imię								
Data urodzenia			PESEL								
Wiek w chwili przystąpienia do projektu		Płeć	<i>KOBIETA</i>		<i>M</i> CZYŻNA						
Seria i numer dowodu osobistego											
Wykształcenie	<i>Brak</i>		<i>Podstawowe</i>								
	<i>Gimnazjalne</i>		<i>Ponadgimnazjalne</i>								
	<i>Zasadnicze zawodowe</i>		<i>rednie zawodowe</i>								
	<i>rednie ogólnokształcące</i>		<i>Pomaturalne</i>								
	<i>Wyższe zawodowe</i>		<i>Wyższe</i>								
Kierunek wykształcenia											
Telefon kontaktowy			Adres e-mail								

ADRES ZAMELDOWANIA

<i>Ulica</i>			<i>Numer domu</i>		<i>Numer lokalu</i>	
<i>Miejscowość</i>			<i>Kod</i>			
<i>Powiat</i>			<i>Województwo</i>			

ADRES ZAMIESZKANIA (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres zameldowania)

<i>Ulica</i>			<i>Numer domu</i>		<i>Numer lokalu</i>	
<i>Miejscowość</i>			<i>Kod</i>			
<i>Powiat</i>			<i>Województwo</i>			

STATUS NA RYNKU PRACY:	Tak	Nie
A. Bezrobotny (osoba zarejestrowana jako bezrobotna w Urzędzie Pracy)		
w tym dłużej niż 6 miesięcy bezrobotna (oznacza bezrobotnego pozostającego w rejestrze urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat)		
B. Nieaktywny zawodowo (osoba pozostająca bez zatrudnienia, która jednocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotny)		
w tym osoba ucząca się lub kształcąca		



II. DANE UZUPEŁNIACZE

Informacje z dokumentów formalnych przedstawionych na spotkaniu

1. Przyczyna niepełnosprawności wskazana w rozpoznaniu medycznym ¹ :
2. Orzeczenie o niepełnosprawności: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
3. Orzeczony stopień niepełnosprawności: ZNACZNY <input type="checkbox"/> UMIARKOWANY <input type="checkbox"/> LEKKI <input type="checkbox"/> lub wg. innego systemu orzecznictwa

III. O WIADCZENIA KANDYDATKI/KANDYDATA

1. Oświadczam, że jestem / nie jestem* zdolny/a do czynności cywilnoprawnych. Jeśli nie są konieczne dane do opiekuna prawnego:	
<i>Imię i nazwisko</i>	
<i>Dane kontaktowe</i>	
2. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu, są zgodne z prawdą. W przypadku podania danych niezgodnych z prawdą zobowiązuję się do pokrycia kosztów finansowych spowodowanych po wiadczeniu nieprawdy.	
3. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt: "Czas na pracę" jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.	

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis kandydata/ki)

.....
(podpis pracownika)

IV. DECYZJA O PRZYJĘCIU DO PROJEKTU

	POZYTYWNA <input type="checkbox"/>	NEGATYWNA <input type="checkbox"/>
<i>Uzasadnienie</i>		
<i>Data i podpis Koordynatora/ki</i>		

¹ Do projektu mogą przystąpić jedynie osoby posiadające aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności bądź równoważne w świetle obowiązujących przepisów ustawy o niepełnosprawności i rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ze stwierdzonym stwardnieniem rozsianym (SM)