



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

pn. Rozwój usług społecznych w Gminie Gilowice

Dane osoby zgłaszającej się do projektu

Dane identyfikacyjne	1	Obywatelstwo	
	2	Imię	
	3	Nazwisko	
	4	PESEL	
	5	Wykształcenie	
Dane kontaktowe	1	Gmina	GILOWICE
	2	Miejscowość	
	3	Ulica	
	4	Nr budynku	
	5	Nr lokalu	
	6	Kod pocztowy	
	7	Telefon	
	8	Adres e-mail (jeśli jest)	
Status osoby zgłaszającej się do projektu (WŁAŚCIWE ZAKREŚLIĆ)	1	Osoba obcego pochodzenia	TAK/NIE
	2	Osoba państwa trzeciego	TAK/NIE
	3	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane),	TAK/NIE
	4	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań,	TAK/NIE
	5	Osoba z niepełnosprawnościami	TAK/NIE
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	1	Osoba ucząca się	TAK/NIE Podać nazwę szkoły:
	2	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	TAK/NIE
	3	Osoba bezrobotna nie zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	TAK/NIE
	4	Osoba bierna zawodowo	TAK/NIE
	5	Osoba pracująca	TAK/NIE Podać nazwę zakładu pracy

Do formularza proszę dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności (w biurze projektu pracownik wykona kopię dokumentu).

Gilowice, dn.
(data)

.....
(czytelny podpis osoby zgłaszającej się)

UWAGI KANDYDATÓW Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ ZWIĄZANE Z POTENCJALNYM UCZESTNICTWEM W PROJEKCIE UMOŻLIWIĄJĄCE UDZIAŁ NA TAKICH SAMYCH WARUNKACH JAK INNI UCZESTNICY PROJEKTU (załącznik nie jest obowiązkowy).

Jestem osobą z niepełnosprawnością	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Niepełnosprawność potwierdzona:	
<input type="checkbox"/> ORZECZENIE	<input type="checkbox"/> INNY DOKUMENT
Czy ma Pan/i specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie? <i>(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):</i>	
<input type="checkbox"/> przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych <input type="checkbox"/> alternatywne formy materiałów (np. z użyciem alfabetu Braille`a itp.) <input type="checkbox"/> zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie <input type="checkbox"/> zapewnienie tłumacza języka migowego <input type="checkbox"/> inne:	
Jakie trudności ma Pan/ Pani ze względu na swoją niepełnosprawność? <i>(można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):</i>	
<input type="checkbox"/> samodzielne poruszanie się <input type="checkbox"/> czytanie i rozumieniem tekstu <input type="checkbox"/> komunikowanie się z otoczeniem <input type="checkbox"/> trudności emocjonalne <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> nie mam.	

Gilowice, dn.
(data)

.....
(czytelny podpis osoby zgłaszającej się)