

Profilaktyka wykluczenia społecznego poprzez wspieranie rodzin w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych.

RPWP.07.02.02-30-0005/18 / ANKIETA ZGŁOSZENIOWA (ver.1)

DANE OSOBOWE	
Nr karty klienta w bazie	
Data	____ - ____ - ____
Kraj	POLSKA
Imię i Nazwisko	

PESEL	_____
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szk. zawod.) <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
ADRES	
Województwo	WIELKOPOLSKIE
Powiat	<input type="checkbox"/> m.Poznań <input type="checkbox"/> Powiat poznański

Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer mieszkania	
Kod pocztowy	— — - — —
Telefon kontaktowy	

E-mail	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

[Osoby pochodzące z obszarów wiejskich, byli więźniowie, narkomani, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, w tym osoby bez wykształcenia]. Odmowa podania informacji dotyczy tylko stanu zdrowia.

TAK

NIE

Odmowa odpowiedzi

<p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej – <u>osoba z rodziny</u> przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych.</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p><u>Osoba z otoczenia rodziny</u> przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych.</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p><input type="checkbox"/> osoba bezrobotna <u>niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</u></p>	<p><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p>

<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna <u>zarejestrowana</u> w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/> osoba pracująca	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w małym/ średnim przedsiębiorstwie (MŚP) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w org. pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek

	<input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/> wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej

	<input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inne
Miejsce zatrudnienia (nazwa)	
RODZAJ WSPARCIA usługa społeczna świadczona w interesie ogólnym/usługa wsparcia rodziny	<input type="checkbox"/> wsparcie psychologiczne/pedagogiczne <input type="checkbox"/> program Ochrona więzi <input type="checkbox"/> informacja prawna <input type="checkbox"/> grupa wsparcia dla nastolatków <input type="checkbox"/> Szkoła dla rodziców
Czy Uczestnik ma jakieś szczególne potrzeby związane z korzystaniem ze wsparcia w projekcie?	

<p>Czy Uczestnik uzyskuje wsparcie w ramach działań towarzyszących PO PŻ?</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK. Oświadczam, że wsparcie w ramach niniejszego projektu nie powiela się ze wsparciem w ramach PO PŻ</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że podane wyżej dane są aktualne i zgodne z prawdą.</p>	<p>Podpis Uczestnika</p> <hr/>