



Załącznik nr 2

"Samodzielni" - RPMA.09.01.00-14-9704/17
Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020
IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem
9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych
i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu

DANE UCZESTNIKA OTRZYMUJĄCEGO WSPARCIE

DANE UCZESTNIKA:

Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	

Wykształcenie (zaznacz właściwe):

- Gimnazjalne
 Niższe niż podstawowe
 Podstawowe
 Policealne
 Ponadgimnazjalne
 Wyższe

DANE KONTAKTOWE:

Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Telefon kontaktowy:	
Adres email:	



STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:
(ZAZNACZ WŁAŚCIWE)

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym: osoba ucząca się/kształcąca	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> w mikroprzedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w małym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek	
Wykonywany zawód		

Zatrudniony w (wpisać nazwę instytucji/przedsiębiorstwa):

.....

.....

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:

- Nie
 Odmowa podania informacji
 Tak

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:

- Nie
 Tak



Osoba z niepełnosprawnościami:

- Nie
 Odmowa podania informacji
 Tak

Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:

- Nie
 Tak

w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:

- Nie
 Tak

Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:

- Nie
 Tak

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

- Nie
 Odmowa podania informacji
 Tak

.....
(data)

.....
czytelny podpis (imię i nazwisko)

WYPEŁNIA PRACOWNIK BIURA PROJEKTU - SZCZEGÓŁY WSPARCIA:

Rodzaj przyznanego wsparcia:	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie:	
Data zakończenia udziału w projekcie:	
Zakończenie udziału zgodnie z zaplanowaną ścieżką uczestnictwa:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE