



Załącznik nr 1 do Regulaminu projektu Regionalne Pogotowie Kryzysowe

Wypełnia Realizator Projektu	
Data wpływu	
Nr ewidencyjny	

FORMULARZ ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA DO PROJEKTU												
<p>„Regionalne Pogotowie Kryzysowe” Nr projektu: RPZP.07.06.00-32-P002/20 realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Priorytet VII Włączenie społeczne, Działanie 7.6. Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym świadczonych w interesie ogólnym, Cel szczegółowy: Zwiększenie dostępności usług społecznych w szczególności usług środowiskowych, opiekuńczych oraz usług wsparcia rodziny i pieczy zastępczej dla osób zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym</p>												
CZĘŚĆ A (wypełnia uczestnik)												
Nazwisko:						Imię:						
Kraj:	Polska					Obywatelstwo:						
Data urodzenia - (RRRR-MM-DD)												
PESEL												
PŁEĆ	K		M									
Wykształcenie*:	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe *				<input type="checkbox"/> Podstawowe *			<input type="checkbox"/> Gimnazjalne*				
	<input type="checkbox"/> Policealne *			<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne *			<input type="checkbox"/> Wyższe *					
Ulica:					Nr domu:			Nr mieszkania:				
Miejscowość:				Powiat				Gmina				
Województwo:	Zachodniopomorskie				Kod pocztowy:			-				
Tel.:					e-mail:							



Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:			
<input type="checkbox"/> Osoba pracująca *	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej *		
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej *		
	<input type="checkbox"/> Inne *		
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP*		
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej *		
	<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek *		
	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie *		
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna *	<input type="checkbox"/> Niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy *	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna *	
		<input type="checkbox"/> Inne *	
	<input type="checkbox"/> Zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy *	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna *	
		<input type="checkbox"/> Inne *	
<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo *	<input type="checkbox"/> Nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu *		
	<input type="checkbox"/> Osoba ucząca się *		
	<input type="checkbox"/> Inne *		
Wykonywany zawód - stanowisko:			
Zatrudniony w (miejsce pracy):			
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem bez dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie *	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji *
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie *	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji *
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak *	<input type="checkbox"/> Nie *	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji *
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej:	<input type="checkbox"/> Tak *		<input type="checkbox"/> Nie *



Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na uczestnictwo w partnerskim projekcie pn.: „Regionalne Pogotowie Kryzysowe”, współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa, w ramach RPO WZP 2014-2020, Priorytet VII Włączenie społeczne, Działanie 7.6. Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie pn.: „Regionalne Pogotowie Kryzysowe”.

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie.

Oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

Data/...../.....r.
(podpis uczestnika projektu)

lub

Data/...../.....r.
(podpis opiekuna faktycznego (nieformalnego) lub przedstawiciela
prawnego lub osoby upoważnionej)

**Należy wstawić znak „x” we właściwym polu.*

Należy wypełniać tylko pola nie wypełnione kolorem.



CZĘŚĆ B (wypełnia podmiot realizujący projekt)			
Wykluczenie społeczne:	<input type="checkbox"/> zagrożenie wykluczeniem	<input type="checkbox"/> wykluczenie	<input type="checkbox"/> wykluczenie wielokrotne
Rodzaj przyznanego wsparcia:		Doradztwo:	
<input type="checkbox"/> Interwencja kryzysowa	<input type="checkbox"/> Wsparcie psychologiczne	<input type="checkbox"/> Doradztwo pedagogiczne	
<input type="checkbox"/> Grupa wsparcia	<input type="checkbox"/> Poradnictwo rodzinne	<input type="checkbox"/> Poradnictwo specjalistyczne	
<input type="checkbox"/> Szkolenie		<input type="checkbox"/> Warsztaty	
Inne:			
Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie:			
Data przystąpienia do projektu:	__-__-____	Data zakończenia uczestnictwa w projekcie:	__-__-____

.....
Data i podpis przedstawiciela realizatora projektu