

FORMULARZ REKRUTACYJNY
w projekcie "Mój Asystent Osobisty"
realizowanego przez Fundację Onkologiczną Rakiety
w ramach konkursu "Możemy więcej"

Dane Kandydata/Kandydatki do udziału w Projekcie (Proszę uzupełnić wszystkie pola czytelnie drukowanymi literami lub w wyznaczonych miejscach zaznaczyć „X”)																						
Dane osobowe	Imię/Imiona																					
	Nazwisko																					
	PESEL	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna																				
Wiek w chwili przystąpienia do projektu																						
Adres zamieszkania	Województwo																					
	Ulica																					
	Numer domu																					
	Numer lokalu																					
	Miejscowość																					
	Kod pocztowy																					
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy																					
	Adres (e-mail)																					
	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)																					
Orzeczenie o niepełnosprawności ważne do dnia:																					
Stopień i symbol przyczyny niepełnosprawności	Znaczny, symbol.....	<input type="checkbox"/>																				
	Umiarkowany, symbol	<input type="checkbox"/>																				
Przyczyna	Naruszenie sprawności fizycznej	<input type="checkbox"/>																				

niepełnosprawności	Naruszenie sprawności psychicznej	<input type="checkbox"/>
	Naruszenie sprawności intelektualnej	<input type="checkbox"/>
	Naruszenie sprawności zmysłów	<input type="checkbox"/>
	Inna (proszę wskazać jaka:)	<input type="checkbox"/>
Wykształcenie	niepełne podstawowe <input type="checkbox"/>	
	podstawowe <input type="checkbox"/>	
	gimnazjalne <input type="checkbox"/>	
	zawodowe <input type="checkbox"/>	
	średnie <input type="checkbox"/>	
	policealne <input type="checkbox"/>	
	wyższe <input type="checkbox"/>	
Status na rynku pracy	Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/>	
	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/>	
	Osoba poszukująca pracy zatrudniona <input type="checkbox"/>	
	Osoba poszukująca pracy niezatrudniona <input type="checkbox"/>	
	Osoba nieaktywna zawodowo <input type="checkbox"/>	
	Osoba zatrudniona w ZAZ <input type="checkbox"/>	
	Osoba zatrudniona w ZPCH <input type="checkbox"/>	
	Osoba zatrudniona na otwartym rynku pracy <input type="checkbox"/>	
Uczestnictwo w Warsztatach terapii zajęciowej	TAK	<input type="checkbox"/>
	NIE	<input type="checkbox"/>
	Absolwent WTZ	<input type="checkbox"/>

Oświadczam, że:

- nie biorę udziału w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON w ramach kierunku pomocy 2 tj. *Zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych* (konkurs *Możemy Więcej*); typ projektu: *wsparcie realizowane poza placówką (świadczenie usług wspierających, które mają na celu umożliwienie lub wspomaganie niezależnego życia osób niepełnosprawnych, w szczególności usług asystencji osobistej)*
- wszystkie wyżej podane dane są zgodne z prawdą i zostałem pouczone/zostałam pouczone o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



R A K I E T Y

- zamieszkuję na terenie województwa mazowieckiego pod wyżej wskazanym adresem.

Data i czytelny podpis Kandydata/-tki lub
opiekuna prawnego