**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**w projekcie "Twój Asystent 2”**

**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** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Płeć** | **□ Kobieta □ 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…………………………………………………….. | □ |
| Umiarkowany, symbol …………………………………………… | □ |
| **Przyczyna** **niepełnosprawności** | Naruszenie sprawności fizycznej | □ |
| Naruszenie sprawności psychicznej  | □ |
| Naruszenie sprawności intelektualnej | □ |
| Naruszenie sprawności zmysłów  | □ |
| Inna (proszę wskazać jaka: ……………………………………………………….) | □ |
| **Wykształcenie** | niepełne podstawowe □podstawowe □gimnazjalne □zawodowe □średnie □policealne □wyższe □ |  |
| **Status na rynku pracy** | Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy □Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy □Osoba poszukująca pracy zatrudniona □Osoba poszukująca pracy niezatrudniona □Osoba nieaktywna zawodowo □Osoba zatrudniona w ZAZ □Osoba zatrudniona w ZPCH □Osoba zatrudniona na otwartym rynku pracy □ |  |
| **Uczestnictwo w Warsztatach terapii zajęciowej** | TAKNIEAbsolwent WTZ | □□□ |

**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 pouczony/zostałam pouczona o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
* zamieszkuję na terenie województwa małopolskiego pod wyżej wskazanym adresem.

|  |
| --- |
|  |
| Data i czytelny podpis Kandydata/-tki lub opiekuna prawnego |