**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**w projekcie "Mój Asystent Osobisty II”**

**realizowanego przez Fundację Onkologiczną Rakiety**

**w ramach konkursu " „Wspieramy aktywność”"**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | TAK  NIE  Absolwent WTZ | | | | | | | | | □  □  □ | | | |

**Oświadczam, że:**

* nie biorę udziału w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON w ramach kierunku pomocy 2 tj. *Zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych* (konkurs Wspieramy aktywność); 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 mazowieckiego pod wyżej wskazanym adresem.

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