

**Ankieta rekrutacyjna
uczestnika projektu
„Trzymajmy się razem – zróbmy pierwszy krok”**

*Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Powstańców Śl. 17
55-110 Prusice*

Dane podstawowe	Imię i nazwisko:											
	Płeć: kobieta <input type="checkbox"/>						mężczyzna <input type="checkbox"/>					
	Wiek w chwili przystąpienia do projektu:											
	Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną											
	Tak <input type="checkbox"/>						Nie <input type="checkbox"/>					
Adres zamieszkania	Seria i Nr dowodu osobistego:											
	PESEL											
	Adres zameldowania:											
	Województwo:						Powiat:					
	Kod pocztowy:						Miejscowość:					
	Obszar: wiejski <input type="checkbox"/>						miejski <input type="checkbox"/>					
	Ulica:											
	Nr domu:						Nr lokalu:					
	Tel. stacjonarny:						kom.					
	Adres poczty elektronicznej:											
	Adres zamieszkiwania (jeśli jest inny niż adres zameldowania)											
	Województwo:						Powiat:					
	Kod pocztowy:						Miejscowość:					
	Obszar: wiejski <input type="checkbox"/>						miejski <input type="checkbox"/>					
	Ulica:											
Nr domu:						Nr lokalu:						
	Stan cywilny:											
	Wykształcenie: brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/>											

Dane dodatkowe	ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/>	pomaturalne <input type="checkbox"/>	wyższe <input type="checkbox"/>	
	Korzystam z pomocy społecznej w GOPS Prusice: tak <input type="checkbox"/>			nie <input type="checkbox"/>
	Status na rynku pracy:		TAK	NIE
	▪ bezrobotny/a:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	w tym długotrwale bezrobotny/a		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ nieaktywny/a zawodowo:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	w tym uczący/a się lub kształcący/a się:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▪ zatrudniony/a:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	w tym rolnik:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mam orzeczony stopień niepełnosprawności: tak <input type="checkbox"/>			nie <input type="checkbox"/>
	znaczny I <input type="checkbox"/>		umiarkowany II <input type="checkbox"/>	lekki III <input type="checkbox"/>
	Mam przyznaną rentę inwalidzką: tak <input type="checkbox"/>			nie <input type="checkbox"/>
	Mam orzeczoną przez ZUS niezdolność do pracy: tak <input type="checkbox"/>			nie <input type="checkbox"/>
	Jestem osobą opuszczającą rodzinę zastępczą, placówkę opiekuńczo-wychowawczą lub placówkę, o których mowa w art. 88 Ustawy o pomocy społecznej: tak <input type="checkbox"/>			
Realizuję Indywidualny Program Usamodzielnienia: tak <input type="checkbox"/>			nie <input type="checkbox"/>	
Jestem objęta/ty wsparciem w ramach projektów systemowych realizowanych przez PUP: tak <input type="checkbox"/>			nie <input type="checkbox"/>	
Jakimi kursami jest Pan/Pani zainteresowany/a	Opiekun osób starszych <input type="checkbox"/>			Kurs obsługi kas fiskalnych <input type="checkbox"/>
	Kurs kosmetyczny z elementami wizażu <input type="checkbox"/>			
	Kurs ochroniarza <input type="checkbox"/>	Kurs operatora wózków widłowych <input type="checkbox"/>		
	Kurs magazyniera <input type="checkbox"/>	Bukieciarstwo – Florystyka <input type="checkbox"/>		

.....
Data, czytelny podpis Beneficjenta Ostatecznego