

Projekt dofinansowany ze środków Programu Operacyjnego Fundusz Inicjatyw Obywatelskich
oraz z budżetu Gminy Miasta Ustka i Gminy Ustka

„Warsztaty aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY			
Imię:		PESEL:	
Nazwisko:		Miejsce urodzenia:	
Ulica:		Województwo:	
Nr domu/lokalu:		Powiat:	
Miejscowość:		Telefon domowy:	
Kod pocztowy:		Telefon komórkowy:	
Obszar zamieszkania:	<input type="checkbox"/> gmina Ustka <input type="checkbox"/> miasto Ustka		
Czy jest Pan/i osobą pozostającą bez zatrudnienia?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy wymaga Pan/i stałej opieki?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy jest Pan/i zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy jako bezrobotny/a	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jeśli jest Pan/i zarejestrowany, to czy jest Pan/i osobą trwale bezrobotną ¹	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wiek:		E-mail:	
Sytuacja rodzinna	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca samodzielnie gospodarstwo domowe <input type="checkbox"/> osoba mieszkająca z rodziną <input type="checkbox"/> osoba będąca mieszkańcem Domu Pomocy Społecznej <input type="checkbox"/> osoba sprawująca opiekę nad dziećmi do lat 7 lub nad osobą zależną <input type="checkbox"/> (inna jaka?)		
Zawód	osoba kształcąca się lub ucząca <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE wyuczony staż pracy w latach:		

Projekt dofinansowany ze środków Programu Operacyjnego Fundusz Inicjatyw Obywatelskich
oraz z budżetu Gminy Miasta Ustka i Gminy Ustka

Źródła utrzymania	<input type="checkbox"/> renta z tytułu niezdolności do pracy <input type="checkbox"/> renta socjalna <input type="checkbox"/> zasiłki pomocy społecznej <input type="checkbox"/> pomoc rodziny <input type="checkbox"/> zarobki współmałżonka <input type="checkbox"/> oszczędności <input type="checkbox"/> inne, jakie?.....
Niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma lub słabowidząca <input type="checkbox"/> osoba niesłysząca lub słabosłysząca <input type="checkbox"/> osoba z uszkodzeniem narządu ruchu <input type="checkbox"/> osoba ze schorzeniem narządów wewnętrznych <input type="checkbox"/> osoba z epilepsją <input type="checkbox"/> osoba ze schorzeniem psychicznym <input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością intelektualną <input type="checkbox"/> inna (jaka?)
Załączniki: <ol style="list-style-type: none"> 1) Deklaracja uczestnictwa w projekcie 2) Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych 3) Kopia orzeczenia o niepełnosprawności <p>Jednocześnie oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w formularzu są prawdziwe oraz iż nie uczestniczę w projekcie tego samego typu lub o podobnej tematyce, co projekt „Warsztaty aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych”</p>	
Data:	Podpis: