

KARTA REKRUTACYJNA KANDYDATA/TKI DO PROJEKTU „AKADEMIA RODZINY II edycja”

Proszę wypełnić kartę czytelnie drukowanymi literami:

Lp.	Nazwa	Wartość		
DANE KONTAKTOWE	1	Imię		
	2	Nazwisko		
	3	Płeć *	<input type="checkbox"/> KOBIEТА <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA	
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektu		
	5	PESEL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	6	Telefon stacjonarny/komórkowy		
	7	Adres poczty elektronicznej (e-mail)		
	8	Numer telefonu opiekuna (dotyczy dziecka)		
ADRES ZAMIESZKANIA	9	Kraj		
	10	Województwo		
	11	Powiat		
	12	Gmina		
	13	Miejscowość		
	14	Kod pocztowy		
	15	Ulica		
	16	Nr domu		
	17	Nr lokalu		
KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE	18	Osoba spełnia kryterium bycia osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	19	Osoba korzystająca z pomocy społecznej w związku z niewydolnością opiekuńczo-wychowawczą *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	20	Osoba korzystająca z pomocy społecznej z powodu:	Ubóstwa *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
			Sieroctwa *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
			Bezrobocia *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
			Niepełnosprawności *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
			Długotrwałej lub ciężkiej choroby *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
			Przemocy w rodzinie *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
			Potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
			Alkoholizmu lub narkomanii *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
			Inne *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
21	Osoba korzystająca z PO PŻ indywidualnie lub jako rodzina *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

*właściwie zaznaczyć



Załączniki:

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Zaświadczenie z MGOPS w Mroczy | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 2. Oświadczenie Uczestnika projektu dotyczące spełnienia kryteriów Rekrutacji | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 3. Oświadczenie uczestnika projektu -RODO | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 4. Inne | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

.....
(miejsowość, data)

.....
*(czytelny podpis kandydata/teki do projektu objętego grantem
i/lub prawnego opiekuna w przypadku, gdy kandydat/ika
jest osobą ubezwłasnowolnioną lub nieletnią)*