

Ankieta rekrutacyjna

Szanowni Państwo,

Dziękujemy za zainteresowanie projektem pn. „Aktywna integracja w Powiecie Wschowskim – III edycja”, współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego – Lubuskie 2020.

Informujemy, że złożenie ankiety rekrutacyjnej **nie jest** równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.

Osoby, które zostaną zakwalifikowane do udziału w projekcie będą poinformowane telefonicznie.

Ankiety prosimy wypełnić czytelnie – drukowanymi literami oraz zaznaczając prawidłową odpowiedź.

Dane podstawowe	Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	Ulica	
	Nr domu	
	Nr lokalu	
	Kod pocztowy, miejscowość	
	Obszar zamieszkania: <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski	
	Telefon kontaktowy	
	Adres poczty elektronicznej <i>(proszę podać w przypadku posiadania adresu email)</i>	
Wiek (w latach)		
Dane dodatkowe	Wykształcenie: <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne/ ponadpodstawowe (średnie, zawodowe) <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe	
	Korzystam z pomocy społecznej w OPS <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
	Jestem osobą pracującą <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
	Jestem osobą bierną zawodowo (osoba nie pracująca, nie zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	



<p><i>Jestem zarejestrowana/ny jako osoba bezrobotna w PUP</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p><i>Jestem zarejestrowana/ny jako osoba bezrobotna w PUP przez okres:</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0-6 miesięcy</p> <p><input type="checkbox"/> 6-12 miesięcy</p> <p><input type="checkbox"/> powyżej 12 miesięcy</p>
<p><i>Mam przyznaną rentę inwalidzką/socjalną</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p><i>Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p> <p><i>Mam orzeczony stopień niepełnosprawności</i></p> <p><input type="checkbox"/> lekki</p> <p><input type="checkbox"/> umiarkowany</p> <p><input type="checkbox"/> znaczny</p> <p><i>*symbol niepełnosprawności</i></p>
<p><i>Mam orzeczoną przez ZUS niezdolność do pracy</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p> <p><i>Posiadam</i></p> <p><input type="checkbox"/> częściową niezdolność do pracy</p> <p><input type="checkbox"/> całkowitą niezdolność do pracy</p> <p><input type="checkbox"/> całkowitą niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji</p>
<p><i>Jestem pełnoletnim wychowankiem rodziny zastępczej/placówki opiekuńczo-wychowawczej</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p><i>Realizuję Indywidualny Program Usamodzielnienia</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p><i>Uczę się w systemie:</i></p> <p><input type="checkbox"/> dziennym</p> <p><input type="checkbox"/> zaocznym</p> <p><input type="checkbox"/> wieczorowym</p> <p><input type="checkbox"/> nie uczę się</p>
<p><i>Jestem dzieckiem przebywającym w rodzinie zastępczej</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> spokrewnionej</p> <p><input type="checkbox"/> niezawodowej</p> <p><input type="checkbox"/> zawodowej</p> <p><input type="checkbox"/> nie przebywam w rodzinie zastępczej</p>
<p><i>Pełnię funkcję rodziny zastępczej</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> spokrewnionej</p> <p><input type="checkbox"/> niezawodowej</p>



	<input type="checkbox"/> zawodowej <input type="checkbox"/> nie
	<p>Czy w Pani/a rodzinie występuje któryś z poniższych problemów społecznych?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ubóstwo • Sieroctwo • Bezdomność • bezrobocie • niepełnosprawność • długotrwała lub ciężka choroba • przemoc w rodzinie • potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi • potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności (np. samotne macierzyństwo) • bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; • trudność w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego • alkoholizm lub narkomania; • zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa • inne niekorzystne sytuacje życiowe <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<p>Czy w Pani/a rodzinie występuje więcej niż jeden z powyższych problemów społecznych?</p> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<p>Czy jest Pani/Pan objęta/ty wsparciem w ramach projektów systemowych realizowanych przez OHP/PUP/OPS/innym (jakim?)</p> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<p>Czy opiekuje się Pani/Pan dzieckiem w wieku poniżej 7 lat lub osobą zależną</p> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Oczekiwania wobec projektu	<p>Czy brał/a Pan/Pani udział w projektach realizowanych z EFS przez PCPR we Wschowie</p> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	<p>Dlaczego jest Pan/Pani zainteresowana udziałem w projekcie? Jestem zainteresowany/a ponieważ chcę:</p> <input type="checkbox"/> zdobyć kwalifikacje zawodowe <input type="checkbox"/> podjąć zatrudnienie <input type="checkbox"/> brać udział w wyjazdach i spotkaniach integracyjnych <input type="checkbox"/> brać udział w działaniach o charakterze edukacyjnym <input type="checkbox"/> podnieść kompetencje opiekuńczo – wychowawcze <input type="checkbox"/> podnieść umiejętności społeczne <input type="checkbox"/> poznać nowych ludzi <input type="checkbox"/> zmieć swoją dotychczasową sytuację życiową <input type="checkbox"/> inne (jakie?)



<p><i>Czy posiada Pan/i wystarczające kwalifikacje zawodowe do podjęcia zatrudnienia?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>tak</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>nie</i></p> <p><i>Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a udziałem w aktywizacji o charakterze zawodowym (kursy zawodowe)</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>tak</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>nie</i></p> <p><i>Jeżeli tak, jakie kursy/szkolenia chciałaby/by Pani/Pan ukończyć?</i></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p><i>Jakie zajęcia/spotkania/warsztaty o charakterze społecznym lub edukacyjnym w szczególności Panią/Pana interesują?</i></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>

Oświadczam, że dane zawarte w ankiecie są prawdziwe.

.....
/data, czytelny podpis kandydata (opiekuna)/

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych w PCPR we Wschowie.

Wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych, w związku ze zgłoszeniem uczestnictwa do projektu pn. „Aktywna integracja w Powiecie Wschowskim – III edycja” na potrzeby przeprowadzenia przez PCPR we Wschowie rekrutacji Uczestników Projektu.

.....
/miejsowość, data, czytelny podpis kandydata (opiekuna)/