KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

KWESTIONARUISZ ZGŁOSZENIOWY

1. Imię i nazwisko:	
2. PESEL:	3. Data i miejsce urodzenia:
4. Miejsce zamieszkania: województwo:..... powiat:..... ulica: ..... nr domu/lokalu: ..... miejscowość: ..... kod pocztowy: __-___ ..... miasto / wieś	
5. Telefon kontaktowy:	
6. Wykształcenie	
7. Rodzaj i stopień niepełnosprawności:	
8. Nr orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:	
9. Czy korzystał(a) Pan(i) ze wsparcia PCPR w Krośnie lub właściwego dla Pana/Pani miejsca zamieszkania Ośrodka Pomocy Społecznej? TAK ☐ NIE ☐	
10. Przyczyna udzielenia wsparcia z którego Pan(i) korzystał(a)korzysta: ➢ ubóstwo ➢ niepełnosprawność / choroba ➢ sytuacja wymagająca interwencji kryzysowej ➢ bezrobocie ➢ przemoc w rodzinie ➢ samotne wychowywanie dzieci ➢ niewydolność opiekuńczo – wychowawcza ➢ uzależnienie od alkoholu i/lub narkotyków ➢ inne:	
11. Status na rynku pracy: ➢ jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w PUP ➢ nie pozostaję w zatrudnieniu, nie jestem zarejestrowany/a w PUP ➢ jestem zatrudniony/a i zainteresowany/a zmianą miejsca pracy	

Krosno, dnia ....

(PODPIS OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ DO UDZIAŁU W PROJEKCIE)