**STATUS OSOBY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Proszę zaznaczyć właściwe** | **TAK** | **NIE** | **Odmowa odpowiedzi** |
| □ Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  | □ | □ | □ |
| □ Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | □ | □ | □ |
| □ Osoba z niepełnosprawnościami | □ | □ | □ |
| □ Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | □ | □ | □ |
| □ Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu  | □ | □ | □ |
| □ Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | □ | □ | □ |
| **STATUS NA RYNKU PRACY** − **Proszę zaznaczyć właściwe** |
| □ **Bierna zawodowo** | **W tym/Informacja dodatkowa**: □ Osoba ucząca się □ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu □ Inne |
| □ **Osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy** | **W tym/Informacja dodatkowa:** □ Osoba długotrwale bezrobotna □ Inne |
| □ **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy** | **W tym/Informacja dodatkowa:**□ Osoba długotrwale bezrobotna □ Inne |
| **□ Osoba pracująca** **Miejsce pracy****……………………………………………………………………****Nazwa Instytucji/przedsiębiorstwa****……………………………………………………………………** | **W tym/Informacja dodatkowa:**□ Osoba pracująca w administracji rządowej□ Osoba pracująca w administracji samorządowej□ Osoba pracująca w MMŚP□ Osoba pracująca w organizacji pozarządowej□ Osoba prowadząca działalność na własny rachunek □ Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie □ Inne …………………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonywany zawód:** | **W tym/Informacja dodatkowa:**□ Instruktor praktycznej nauki zawodu □ Nauczyciel kształcenia ogólnego□ Nauczyciel kształcenia przedszkolnego□ Nauczyciel kształcenia zawodowego□ Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia □ Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej □ Pracownik instytucji rynku pracy □ Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego □ Pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej □ Pracownik ośrodka wsparcie ekonomii społecznej □ Pracownik poradni psychologiczno– pedagogicznej□ Rolnik □ Inny …………………………………………………………………………… |
| **INFORMACJA DOTYCZĄCA EWENTUALNYCH SPECJALNYCH POTRZEB** |
| **Proszę zaznaczyć właściwe** | **TAK** | **NIE** |
| Czy potrzebuje Pani/Pan specjalnego dostosowania przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową? Jeśli tak, proszę opisać jakiego……………………………………………………………………………………………………………………………… | □ | □ |
| Czy potrzebuje Pani/Pan zapewnienia tłumacza migowego? | □ | □ |
| Czy ma Pani/Pan specjalne zapotrzebowanie na posiłki wynikające z diety eliminacyjnej * Dieta bezglutenowa
* Dieta wegetariańska
* Dieta wegańska
* Inne (proszę opisać)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | □ | □ |
| Czy ma Pani/Pan inne specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności lub stanu zdrowia? Jeśli tak, proszę wskazać jakie?……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | □ | □ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość | Data (dd-mm-rrrr) | Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu |