**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 |