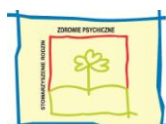




**Załącznik nr 1 do regulaminu projektu „Młodzi niepełnosprawni – wzór aktywności zawodowej”**

<b>FORMULARZ REKRUTACYJNY</b>				
<b>UCZESTNIKÓW PROJEKTU</b>				
<b>„MŁODZI NIEPEŁNOSPRAWNI – WZÓR AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ” W RAMACH PODDZIAŁANIA 1.2.2 WSPARCIE UDZIELANE Z INICJATYWY NA RZECZ ZATRUDNIENIA LUDZI MŁODYCH</b>				
<b>Beneficjent</b>		<p style="text-align: center;"><b>Stowarzyszenie Rodzin Zdrowie Psychiczne</b> ul. Bałuckiego 6, 30-318 Kraków</p> <p>Biura projektu: ul. Bałuckiego 6, 30-318 Kraków i 34-615 Słopnice 820 (pow. Limanowski)</p>		
<b>Czas trwania projektu</b>		<b>01.04.2016 – 28.02.2018</b>		
<b>Data wpływu Formularza i nadany numer</b>				
Lp.		Lp.	nazwa	
<b>I</b>	<b>Dane podstawowe</b>	<b>1</b>	<b>Imię (imiona)</b>	
		<b>2</b>	<b>Nazwisko</b>	
		<b>3</b>	<b>Wiek</b>	
		<b>4</b>	<b>PESEL</b>	
		<b>5</b>	<b>Płeć</b>	
		<b>6</b>	<b>Wykształcenie</b>	<input type="checkbox"/> NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> POLICEALNE (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> WYŻSZE (pełne i zakończone wykształcenie na poziomie wyższym)

**Projekt Młodzi Niepełnosprawni – wzór aktywności zawodowej jest realizowany w ramach Inicjatywy na rzecz zatrudnienia ludzi młodych**



Stowarzyszenie Rodzin Zdrowie Psychiczne  
ul. Bałuckiego 6, 30-318 Kraków  
Email – [stowarzyszenie@rodziny.info](mailto:stowarzyszenie@rodziny.info)



II	Adres zamieszkania	1	Ulica	
		2	Nr domu	
		3	Nr lokalu	
		4	Miejscowość	
		5	Miasto/wieś	
		6	Kod pocztowy	
		7	Województwo	
		8	Powiat	
III	Dane kontaktowe	1	Telefon stacjonarny	
		2	Telefon komórkowy	
		3	Adres poczty elektronicznej e-mail	
		4	Adres do korespondencji /jeżeli jest inny niż adres zamieszkania	
IV	Dotychczasowe doświadczenie zawodowe	Lp.	Miejsce pracy i okres pracy	Opis stanowiska
		1		
		2		
		3		

Projekt Młodzi Niepełnosprawni – wzór aktywności zawodowej jest realizowany w ramach Inicjatywy na rzecz zatrudnienia ludzi młodych





<b>IV Warunki uczestnictwa w projekcie /osoby nie spełniające niżej wymienionych warunków kwalifikowalności nie mogą brać udziału w Projekcie/</b>		<b>TAK<sup>1</sup></b>	<b>NIE<sup>1</sup></b>
<b>1</b>	Osoba w wieku 15-29 roku życia.		
<b>2</b>	Osoba niepełnosprawna (wymagana kopia orzeczenia o niepełnosprawności).		
<b>3</b>	Osoba zamieszkująca teren województwa małopolskiego.		
<b>4</b>	Osoba <b>bierna zawodowo</b> , niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy lub <b>bezrobotna</b> należąca do tzw. <b>kategorii NEET</b> – tj. osoba młoda w wieku 15-29 lat, która spełnia łącznie trzy warunki, czyli <u>nie pracuje</u> (tj. jest bezrobotna lub bierna zawodowo), <u>nie kształci się</u> (tj. nie uczestniczy w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym) ani <u>nie szkoli</u> (tj. nie uczestniczy w pozaszkolnych zajęciach mających na celu uzyskanie, uzupełnienie lub doskonalenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych lub ogólnych, potrzebnych do wykonywania pracy) w okresie ostatnich 4 tygodni.		
<b>V Informacje dodatkowe</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>1</b>	Stopień niepełnosprawności: lekki, umiarkowany, znaczny (wpisz poprawny)		
<b>2</b>	Osoba zamieszkała na obszarach wiejskich		
<b>3</b>	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia		
<b>4</b>	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań		
<b>5</b>	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących		
	w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu		
<b>6</b>	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu		
<b>7</b>	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)		
<b>8</b>	Czy będzie się Pan/Pani ubiegał/ła się o zwrot kosztów poniesionych na dojazd z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji poszczególnych form wsparcia?		
<b>9</b>	Czy będzie się Pan/Pani ubiegał/ła się o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną?		
<b>CZYTELNY PODPIS</b>			
<b>MIEJSCE, DATA</b>			

<sup>1</sup> właściwie zaznaczyć „X”

**Projekt Młodzi Niepełnosprawni – wzór aktywności zawodowej jest realizowany w ramach Inicjatywy na rzecz zatrudnienia ludzi młodych**



Stowarzyszenie Rodzin Zdrowie Psychiczne  
ul. Bałuckiego 6, 30-318 Kraków  
Email – [stowarzyszenie@rodziny.info](mailto:stowarzyszenie@rodziny.info)



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



---

**Projekt Młodzi Niepełnosprawni – wzór aktywności zawodowej jest realizowany w ramach Inicjatywy na rzecz zatrudnienia ludzi młodych**



Stowarzyszenie Rodzin Zdrowie Psychiczne  
ul. Bałuckiego 6, 30-318 Kraków  
Email – [stowarzyszenie@rodziny.info](mailto:stowarzyszenie@rodziny.info)