



Załącznik nr 1 do Umowy

FORMULARZ DANYCH UCZESTNIKA PROJEKTU (pola wypełnione kolorem szarym wypełnia Realizator projektu) WYPEŁNIĆ CZYTELNIE PISMEM DRUKOWANYM		
Realizator projektu	WOJEWÓDZKI URZĄD PRACY W SZCZECINIE	
Tytuł projektu	„ZACHODNIOPOMORSKIE MAŁE SKARBY”	
Nr projektu	RPZP.06.06.00-32-P001/18	
Czas trwania projektu	01.07.2018-31.08.2023	
I. Dane podstawowe Uczestnika projektu		
1.	Kraj	<input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny, jaki?
2.	Rodzaj Uczestnika	indywidualny
3.	Imię (imiona)	
4.	Nazwisko	
5.	PESEL	
6.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
7.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu (ukończony rok życia)	
8.	Wykształcenie (ukończona szkoła)	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0), <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1), <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2), <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) (licea, technika, zasadnicza szkoła zawodowa), <input type="checkbox"/> szkoły policealne (ISCED 4), <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8) (studia wyższe, podyplomowe, doktoranckie, kolegia nauczycielskie).
II. Miejsce zamieszkania/Dane kontaktowe		
9.	Województwo	
10.	Powiat	
11.	Gmina	
12.	Miejscowość	
13.	Ulica	
14.	Numer budynku	
15.	Numer lokalu	
16.	Kod pocztowy	
17.	Obszar wg stopnia urbanizacji (klasyfikacja DEGURBA)	
18.	Telefon kontaktowy	
19.	Adres e-mail	



III. Szczegóły wsparcia oraz status Uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu		
20.	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
21.	Data zakończenia udziału w projekcie	
22.	Status Uczestnika projektu	<p>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:</p> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna, <input type="checkbox"/> inne.
		<p>Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:</p> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna, <input type="checkbox"/> inne.
		<p>Osoba bierna zawodowo (przebywająca na urlopie wychowawczym, uczeń/student w trybie dziennym, emeryt, rencista), w tym:</p> <input type="checkbox"/> osoba ucząca się, <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne.
		<p>Osoba pracująca (przebywająca na urlopie macierzyńskim /lub rodzicielskim), w tym:</p> <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej, <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej, <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP, <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej, <input type="checkbox"/> osoba pracująca na własny rachunek, <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie, <input type="checkbox"/> inna. <p>Wykonywany zawód:</p> <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu, <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego, <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego, <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego, <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia, <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej, <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy, <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego, <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wsparcia rodziny i pieczy zastępczej, <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej, <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej, <input type="checkbox"/> rolnik, <input type="checkbox"/> inny.
	Zatrudniony w:	<p>(podaj nazwę i adres zakładu pracy)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
IV. Rodzaj przyznanego wsparcia		
23.	Opieka nad dzieckiem do lat 3	



V. Inne informacje Uczestnika projektu	
24.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa informacji
25.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
26.	Osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa informacji
27.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa informacji
28.	Rodzic lub opiekun prawny dziecka w wieku do lat 3 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
29.	Rodzic lub opiekun prawny dziecka z orzeczeniem o niepełnosprawności <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
30.	Rodzic lub opiekun prawny samotnie opiekujący się dzieckiem <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
VI. Oświadczenia	
<p>Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią Regulaminu projektu „Zachodniopomorskie Małe Skarby” i akceptuję jego postanowienia oraz zobowiązuję się do uczestnictwa w projekcie w zgodzie z jego treścią.</p> <p style="text-align: right;">..... (data i czytelny podpis Uczestnika projektu)</p>	
<p>Oświadczam, że drugi rodzic/opiekun dziecka jest osobą aktywnie wykonującą pracę zarobkową zgodnie z definicją zawartą § 2 ust.1 pkt 5) „Regulaminu uczestnictwa w projekcie Zachodniopomorskie Małe Skarby” (nie obowiązuje w przypadku osoby samotnie wychowującej dziecko).</p> <p style="text-align: right;">..... (data i czytelny podpis Uczestnika projektu)</p>	
<p>Oświadczam, iż dziecko/dzieci od momentu złożenia Formularza rekrutacyjnego do momentu podpisania Umowy udziału w projekcie</p> <p><input type="checkbox"/> nie było/nie były objęte opieką instytucjonalną organizowaną w postaci żłobka, klubu dziecięcego, opiekuna dziennego</p> <p><input type="checkbox"/> było/były objęte opieką instytucjonalną organizowaną w postaci żłobka, klubu dziecięcego, opiekuna dziennego</p>	
<p>Oświadczam, iż nie korzystam ze wsparcia w postaci dofinansowania ze środków publicznych, służących do zapewnienia opieki nad dziećmi w wieku do lat 3, innych niż wsparcie oferowane w ramach przedmiotowego projektu (dotyczy dziecka/dzieci, na które przyznana jest refundacja) oraz refundacja kosztów opieki nad dzieckiem nie dotyczy miejsca w żłobku, klubie dziecięcym lub u opiekuna dziennego, które jest już finansowane ze środków EFS lub jest ono w dwuletnim okresie trwałości (po innym projekcie). Ponadto miejsce w wybranej placówce opieki nad dzieckiem, nie zostało objęte dofinansowaniem ze środków publicznych w ramach programu „Maluch+”.</p>	
<p>Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku, w tym zdjęć, filmów z przebiegu realizacji projektu wykorzystywanych w celach związanych z jego promocją i sprawozdawczością</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	
<p>Data i czytelny podpis Uczestnika projektu</p>	