

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

Program teleopieki domowej – program wsparcia polityki senioralnej oraz osób z niepełnosprawnościami

Lider Projektu  
Partner / RealizatorWojewództwo Podlaskie  
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Supraślu

## 1. Informacje o potencjalnym uczestniku/czce

Imię	Nazwisko	PESEL (jeżeli brak to data urodzenia)
Wykształcenie (zaznaczyć właściwe)		Obywatelstwo
<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne lub policealne <input type="checkbox"/> wyższe		<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa - obywatel UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub obywatelstwa lub UE - obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec
Województwo	Powiat	Gmina
Miejscowość	Ulica	
Nr budynku	Nr lokalu	Kod pocztowy
Telefon kontaktowy lub adres e-mail		

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć właściwe):	
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna <b>w tym:</b>	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inny
<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, <b>w tym:</b>	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się / odbywająca szkolenie <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniach <input type="checkbox"/> inny
<input type="checkbox"/> osoba pracująca, <b>w tym:</b>	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej z wyłączenie szkół i placówek systemu <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (małe lub średnie przedsiębiorstwo, zatrudniające poniżej 250 pracowników)



	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne
--	---

Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Migrant	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowane mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Posiadanie statusu osoby z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Specjalne potrzeby dotyczące uczestnictwa w Projekcie	
Gdzie się Pan/i dowiedział/ła o projekcie	

<i>Miejscowość i data</i>	<i>Podpis uczestnika</i>