

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji Projektu Pracuje(my)! edycja II

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

Część I Dane Projektu		
1	Beneficjent	Stowarzyszenie „Niepełnosprawni dla Środowiska EKON”, Plac Jana Henryka Dąbrowskiego 5, 00-057 Warszawa
2	Tytuł Projektu	Pracuje(my)! edycja II
3	Okres realizacji	2024-01-01 - 2027-03-31

Część II Dane Kandydata/Kandydatki do udziału w Projekcie		
Dane osobowe	Imię (imiona)	
	Nazwisko	
	PESEL	
	Data urodzenia	
	Płeć	
Adres zamieszkania	Województwo	
	Powiat	
	Gmina	
	Miasto	
	Kod pocztowy	
	Ulica	
	Numer domu	
	Numer lokalu	
Zamieszkanie (należy "X" przy wybranej pozycji)	miasto do 20 tys. mieszkańców	
	miasto 20 tys.-50 tys. mieszkańców	
	miasto 50 tys.-100 tys. mieszkańców	
	miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	
	wieś	
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy	
	Adres (e-mail)	
	Adres do korespondencji (opcjonalnie)	

<b>Wykształcenie</b> (należy zaznaczyć "X" przy odpowiedniej pozycji)	Zajęcia rewalidacyjne	
	Niepełne podstawowe	
	Podstawowe	
	Gimnazjalne	
	Zawodowe	
	Średnie	
	Policealne	
	Wyższe	

Część III Oświadczenia Kandydata/Kandydatki do Projektu		
<b>Oświadczenia III A</b>	<b>Oświadczenie dotyczące statusu na rynku pracy (wybór jednej pozycji)</b>	
(należy zaznaczyć "X" przy wybranej pozycji)	Nieaktywny zawodowo	
	Poszukujący pracy niezatrudniony	
	Bezrobotny	
(Zaznaczyć „X” jeśli zarejestrowany)	<b>Oświadczenie dotyczące rejestracji w Urzędzie Pracy</b>	

<b>Oświadczenia III B</b>	<b>Oświadczenie dotyczące stopnia niepełnosprawności:</b>	
(należy zaznaczyć "X" przy wybranej pozycji)	Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności	<b>x</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stopień lekki /częściowa niezdolność do pracy/III grupa.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stopień umiarkowany / całkowita niezdolność do pracy/II grupa.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stopień znaczny/ całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji/I grupa.</li> </ul>	
	Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną uwzględniającą co najmniej dwie jednostki chorobowe.	
	Jestem osobą z orzeczonym <b>lekkim stopniem niepełnosprawności</b> z uwagi na niepełnosprawność intelektualną, całościowe zaburzenia rozwojowe, długotrwałą, chroniczną niepełnosprawność o charakterze psychicznym, niepełnosprawność sprzężoną.	
<b>Data ważności orzeczenia (wpisać datę w pozycji obok)</b>		
(należy zaznaczyć "X" przy odpowiedniej pozycji)	<b>Opis rodzaju niepełnosprawności:</b>	
	<b>01-U – upośledzenie umysłowe</b>	
	<b>02-P – choroby psychiczne</b>	
	<b>03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu</b>	

	<b>04-O – choroby narządu wzroku</b>	
	<b>05-R – upośledzenie narządu ruchu</b>	
	<b>06-E – epilepsja</b>	
	<b>07-S – choroby układu oddechowego i krążenia</b>	
	<b>08-T – choroby układu pokarmowego</b>	
	<b>09-M – choroby układu moczowo-płciowego</b>	
	<b>10-N – choroby neurologiczne</b>	
	<b>11-I – inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego</b>	
	<b>12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe</b>	

<b>Część III C Oświadczenie dotyczące uczestnictwa w Warsztatach Terapii Zajęciowej WTZ</b>		
(należy zaznaczyć „X” przy wybranej pozycji)	absolwent WTZ	
	nie był/ nie była w WTZ	
	Uczestnik WTZ	

\*Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą. W przypadku podania danych niezgodnych z prawdą zobowiązuję się do pokrycia kosztów finansowych spowodowanych poświadczeniem nieprawdy, przestępstwo z art. 271 Kodeksu Karnego.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis Kandydata/ kandydatki)

.....  
(czytelny podpis osoby rekrutującej)