

Załącznik nr 1 do Regulaminu Projektu Jestem pracownikiem!

FORMULARZ REKRUTACYJNY

| Część I Dane Projektu | | |
|-----------------------|------------------|--|
| 1 | Beneficjent | Stowarzyszenie „Niepełnosprawni dla Środowiska EKON”, Plac Jana Henryka Dąbrowskiego 5, 00-057 Warszawa |
| 2 | Tytuł Projektu | Jestem pracownikiem! |
| 3 | Okres realizacji | 01 stycznia 2024 r. - 31 marca 2025 r |

| 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 zaznaczyć "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) | |

| | | |
|--|-----------------------|--|
| Wykształcenie (należy zaznaczyć "X" przy wybranej pozycji) | Zajęcia rewalidacyjne | |
| | Niepełne podstawowe | |
| | Podstawowe | |
| | Gimnazjalne | |
| | Zawodowe | |
| | Średnie | |
| | Policealne | |
| Wyższe | | |

| Część III Oświadczenia Kandydata/Kandydatki do Projektu | | |
|---|--|----------|
| Oświadczenia III A | Oświadczenie dotyczące statusu na rynku pracy | |
| (należy oznaczyć „X” w przypadku osoby pracującej) | Jestem osobą pracującą | x |

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

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

| Część III C Oświadczenie dotyczące uczestnictwa w Warsztatach Terapii Zajęciowej WTZ | | |
|---|-------------------------|--|
| (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)