



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i warunków uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

pn. „Aktywizacja i integracja społeczna w Gminie Dorohusk”
Oś priorytetowa VIII Zwiększenie spójności społecznej,
Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
Działanie 8.9 Integracja społeczna osób najbardziej potrzebujących wsparcia

1. Imię.....

2. Nazwisko.....

3. Data urodzenia:

4. Wiek w chwili przystąpienia do projektu:

5. PESEL:

6. Adres zamieszkania:

Województwo.....

Powiat.....

Gmina.....

Kod pocztowy - Miejscowość.....

Miejscowość.....Ulica.....

Nr domu..... Nr mieszkania.....

7. Telefon kontaktowy.....

8. Adres e-mail.....

9. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: TAK ☐ NIE ☐

☐ w stopniu lekkim

☐ w stopniu umiarkowanym

☐ w stopniu znacznym



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Symbol przyczyny niepełnosprawności:.....

Organ wydający orzeczenie:.....

Data ważności orzeczenia:.....

10. Wykształcenie: (jeśli było to wykształcenie realizowane w szkole specjalnej proszę wpisać obok literę „S”)

☐ niższe niż podstawowe (ISCED0)

☐ podstawowe (ISCED1)

☐ gimnazjalne (ISCED2)

☐ ponadgimnazjalne np. liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa (ISCED3)

☐ policealne (ISCED4)

☐ wyższe (ISCED5-8)

☐ inne, jakie?.....

11. Status na rynku pracy:

- Bezrobotny zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy TAK ☐ NIE ☐
- Bierny zawodowo (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotny) TAK ☐ NIE ☐

12. Osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 powyższej ustawy

☐ TAK ☐ NIE

13. Osoba doświadczająca wielorakiego wykluczenia.

☐ TAK jakie?

☐ NIE

14. Osoba lub rodzina korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2021-2027.

☐ TAK ☐ NIE

.....
Data, miejscowość

.....
Podpis uczestnika projektu