

**FORMULARZ REKRUTACYJNY
DO UDZIAŁU W KLUBIE INTEGRACJI SPOŁECZNEJ W MIELCU**

Informacje wypełniane przez MOPS	
Data i godzina przyjęcia ankiety	
Nr ankiety ¹ :/..... ¹ Nr kolejny/rok
Podpis pracownika KIS	

<i>Dane podstawowe:</i>	<i>Imię i nazwisko osoby wypełniającej dokumenty:</i>
	<i>Data urodzenia:</i>
	<i>PESEL:</i>
<i>Miejsce zamieszkania / dane teleadresowe</i>	<i>Ulica:</i>
	<i>Nr domu/lokalu:</i>
	<i>Kod pocztowy, miejscowość:</i>
	<i>Województwo:</i>
	<i>Telefon kontaktowy:</i>
<i>Informacje o Kandydacie²</i>	Obecnie korzystam z innych projektów współfinansowanych z Unii Europejskiej: <input type="checkbox"/> tak (jakich?)..... <input type="checkbox"/> nie
	Korzystam z programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Posiadam orzeczenie o lekkim, umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Wykształcenie: <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe

	<input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe
	Status na rynku pracy: <input type="checkbox"/> bezrobotny/a zarejestrowany/a w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotny/a <input type="checkbox"/> proszkujący/a pracy <input type="checkbox"/> bierny/a zawodowo
<i>Pobieranie świadczeń²</i>	<input type="checkbox"/> zasiłek dla bezrobotnych; TAK/NIE <input type="checkbox"/> zasiłek przedemerytalnego; TAK/NIE <input type="checkbox"/> świadczenie przedemerytalne; TAK/NIE <input type="checkbox"/> renta strukturalna; TAK/NIE <input type="checkbox"/> renta z tytułu niezdolności do pracy TAK/NIE <input type="checkbox"/> emerytura; TAK/NIE <input type="checkbox"/> nauczycielskie świadczenie kompensacyjne TAK/NIE
<i>Spełnianie kryteriów określonych w ustawie o zatrudnieniu socjalnym²</i>	<input type="checkbox"/> osoba bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; <input type="checkbox"/> osoba uzależniona od alkoholu; <input type="checkbox"/> osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających; <input type="checkbox"/> osoba chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego; <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna, w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy; <input type="checkbox"/> osoba zwolniona z zakładu karnego, mająca trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; <input type="checkbox"/> uchodźca realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej ² ; <input type="checkbox"/> osoba niepełnosprawna, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Oświadczam, że:

dane podane przez mnie w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą i zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy.

Mielec, dn.....

.....
(czytelny podpis Kandydata)

¹Wypełnia koordynator lub pracownik socjalny KIS

²Zakreśl właściwe