



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
do projektu "HORYZONT NA PRACĘ" - reintegracja społeczno - zawodowa w gminie
Ustka.

I. DANE OGÓLNE:

NAZWISKO I IMIĘ (IMIONA)	
PESEL	
WYKSZTAŁCENIE:	☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne: zawodowe/średnie* (zaznacz właściwe) ☐ pomaturalne/ policealne ☐ wyższe
PŁEĆ	☐ K ☐ M
WIEK	

II. DANE KONTAKTOWE:

ULICA I NR	
MIEJSCOWOŚĆ	
KOD POCZTOWY I MIEJSCOWOŚĆ	
GMINA	
POWIAT	
WOJEWÓDZTWO	
NR TELEFONU	
E-MAIL	

III. STATUS NA RYNKU PRACY:

OSOBA ZAREJESTROWANA W PUP	☐ tak , ☐ nie w tym długotrwale bezrobotna ☐ tak , ☐ nie
OSOBA BIERNA ZAWODOWO	☐ tak , w tym: * ucząca się (proszę podkreślić, jeśli dotyczy) ☐ nie



IV. STATUS OSOBY ZGODNIE Z USTAWĄ O ZATRUDNIENIU SOCJALNYM:

Oświadczam, że jestem: (proszę zaznaczyć wszystkie kategorie, które Panią/Pana dotyczą)

- ☐ Osobą bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności
- ☐ osobą uzależnioną od alkoholu,
- ☐ osobą uzależnioną od narkotyków lub innych środków odurzających,
- ☐ osobą chorą psychicznie,
- ☐ osobą długotrwale bezrobotną
- ☐ osobą zwolnioną z zakładu karnego, mającą trudności w integracji ze środowiskiem
- ☐ uchodźcą realizującym indywidualny program integracji
- ☐ osobą niepełnosprawną w stopniu:..... (proszę
podać
stopień/grupę niepełnosprawności)
- ☐ inne, jakie:

V. ZAWÓD:

ZAWÓD	
DODATKOWE UPRAWNIENIA (NP. PRAWO JAZDY, KURSY ITP.)	

VI. Oświadczam, że posiadam prawo do: (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe)

zasiłku dla bezrobotnych	☐ tak ☐ nie
świadczenia przedemerytalnego	☐ tak ☐ nie
zasiłku przedemerytalnego	☐ tak ☐ nie
renty strukturalnej	☐ tak ☐ nie
renty z tytułu niezdolności do pracy	☐ tak ☐ nie
emerytury	☐ tak ☐ nie
nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego	☐ tak ☐ nie

VII. INNE:

Oświadczam, że: (podkreśl właściwe)

- korzystam/ nie korzystam* z pomocy społecznej
- korzystam/ nie korzystam* ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa

Data i podpis

.....



INFORMACJA O SPECJALNYCH POTRZEBACH UCZESTNIKA PROJEKTU

- dotyczy osób z niepełnosprawnością

PROJEKT: "HORYZONT NA PRACĘ" - reintegracja społeczno - zawodowa w gminie
Ustka.

Imię i nazwisko:

Rodzaj niepełnosprawności:

- ☐ osoba niesłysząca/słabosłysząca
- ☐ osoba niewidoma/niedowidząca
- ☐ osoba niepełnosprawna ruchowo
- ☐ inny, jaki?

Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:

1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/Systemu Językowo-Migowego

- ☐ TAK
- ☐ NIE

2. Pętla indukcyjna

- ☐ TAK
- ☐ NIE

3. Powiększony tekst

- ☐ TAK
- ☐ NIE

4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z
niepełnosprawnością fizyczną

- ☐ TAK
- ☐ NIE

5. Inne

- ☐ TAK
- ☐ NIE

Jeżeli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:

.....

.....

data i czytelny podpis

Nie jestem/jestem osobą z niepełnosprawnością i nie wymagam specjalnych potrzeb
jako uczestnik w projekcie a w przypadku ich zaistnienia poinformuję pracownika
socjalnego w CIS lub GOPS.

.....

data i czytelny podpis