



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „CUS II dla powiatu bełchatowskiego”

WNIOSEK O PRYZNANIE USŁUGI SPOŁECZNEJ OTOCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

(wypełnia wnioskodawca lub jego opiekun prawny)

I. DANE WNIOSKODAWCY

Dane wnioskodawcy, osoby pełnoletniej, nieubezważasnowolnionej, odbiorcy usług społecznych.
Dane opiekuna ustawowego, opiekuna prawnego również należy wpisać w rubryce dane wnioskodawcy.
Jeżeli usługa świadczona będzie dla osoby niepełnoletniej lub ubezważasnowolnionej jej dane należy wpisać w rubryce dane UCZESTNIKA USŁUG SPOŁECZNYCH.

Nazwisko i imię (imiona)										
Płeć										
<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna					
PESEL/Inny identyfikator										
Obywatelstwo										
Adres zamieszkania										
Ulica, nr domu/ nr lokalu										
Miejscowość, kod pocztowy										
Powiat										
Gmina										
Województwo										
Telefon kontaktowy										
Adres e-mail										
Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)										
Wykształcenie:										
<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe										
<input type="checkbox"/> podstawowe										
<input type="checkbox"/> gimnazjalne										
<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne: zawodowe										
<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne: średnie										
<input type="checkbox"/> pomaturalne/ policealne										
<input type="checkbox"/> wyższe										
Osoba bierna zawodowo:										
<input type="checkbox"/> NIE					<input type="checkbox"/> TAK w tym:			<input type="checkbox"/> ucząca się		
								<input type="checkbox"/> nie ucząca się		
Osoba zarejestrowana w Urzędzie Pracy:										
<input type="checkbox"/> NIE					<input type="checkbox"/> TAK					



Realizator projektu:

Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych PRZYSTAŃ

ul. Żeromskiego 1, 97-400 Bełchatów tel. 516045260, e-mail: biuro@przystań.belchatow.pl

Osoba pracująca:	
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
W tym: (jeżeli dotyczy)	
<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> Inne

II. DANE UCZESTNIKA USŁUG SPOŁECZNYCH

Dane osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej, odbiorcy usług społecznych. Jeśli osoba jest pełnoletnia i nieubezwłasnowolniona i dane są takie same jak wyżej, sekcji II nie trzeba wypełniać.

Nazwisko i imię (imiona)										
Płeć										
<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna					
PESEL/Inny identyfikator										
Obywatelstwo										
Adres zamieszkania										
Ulica, nr domu/ nr lokalu										
Miejscowość, kod pocztowy										
Powiat										
Gmina										
Województwo										
Telefon kontaktowy										
Adres e-mail										
Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)										
Wykształcenie:										
<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe										
<input type="checkbox"/> podstawowe										
<input type="checkbox"/> gimnazjalne										
<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne: zawodowe										
<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne: średnie										
<input type="checkbox"/> pomaturalne/ policealne										
<input type="checkbox"/> wyższe										
Osoba bierna zawodowo:										
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> ucząca się - data zakończenia edukacji w obecnej placówce:								

	w tym:	<input type="checkbox"/> nie ucząca się
Osoba zarejestrowana w Urzędzie Pracy:		
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	
Osoba pracująca:		
<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	
W tym: (jeżeli dotyczy)		
<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> Inne	

Oświadczam, że:

1. Oświadczam, iż zostałam(-em) poinformowana(-y), że projekt jest współfinansowany ze środków EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO PLUS.
2. Oświadczam, że podopieczny pozostaje pod moją faktyczną opieką całodobową (jeśli dotyczy).
3. Uprzedzona(-y) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Wniosku są zgodne z prawdą.
4. Oświadczam, że zapoznałam(-em) się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „CUS II dla powiatu bełchatowskiego”.
5. Oświadczam, iż zostałam(-em) poinformowana(-y), że złożenie Wniosku o Przyznanie Usługi Społecznej jest jednoznaczne z oświadczeniem o wyrażeniu woli uczestnictwa w projekcie.
6. Oświadczam, iż wypełnienie niniejszego Wniosku nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
7. Oświadczam, że po zakwalifikowaniu się do Projektu, zobowiązuję się do złożenia następujących dokumentów:
 - Załącznik nr 3- Deklarację Uczestnictwa,

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU lub jeżeli usługa świadczona będzie dla osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej OPIEKUNA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO