

Załącznik nr 1 do Regulaminu Realizacji Projektu

**FUNDACJA DOM AUTYSTY**  
**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
**do Projektu pt. „Razem do samodzielności – kompleksowe wsparcie osób z autyzmem i ich opiekunów”**

Nr formularza rekrutacyjnego wg. kolejności składania formularzy	<p>.....</p> <p>.....</p> <p><i>Nr referencyjny, data, godzina</i></p>
--	--

**UWAGA:**

1. Formularz zgłoszeniowy do Projektu powinien być wypełniony elektronicznie lub odręcznie drukowanymi literami w sposób czytelny i bez skreśleń.
2. Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć poprzez wstawienie w zaznaczone pole  znaku: **X**

<b>Imię</b>		
<b>Nazwisko</b>		
<b>PESEL</b>		
<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
<b>Wykształcenie</b>	ISCED 5-8 Wyższe	<input type="checkbox"/>
	ISCED 4 Policealne	<input type="checkbox"/>
	ISCED 3 Ponadgminazjalne / Ponadpodstawowe (liceum, technikum, szkoła zawodowa)	<input type="checkbox"/>
	ISCED 2 Gimnazjalne	<input type="checkbox"/>
	ISCED 1 Podstawowe	<input type="checkbox"/>
	ISCED 0 Brak	<input type="checkbox"/>
<b>Adres zamieszkania</b>	<b>Kraj</b>	POLSKA
	<b>Województwo</b>	Wielkopolskie
	<b>Powiat</b>	<input type="checkbox"/> M. Poznań <input type="checkbox"/> poznański
	<b>Gmina</b>	
	<b>Miejscowość</b>	
	<b>Ulica</b>	
	<b>Numer budynku</b>	
	<b>Numer lokalu</b>	
	<b>Kod pocztowy</b>	
	<b>Tel. kontaktowy</b>	
<b>Adres e-mail</b>		

<b>Przynależność do grupy docelowej</b>	Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane poniżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.	
	<b>Oświadczam, że w chwili przystąpienia do Projektu:</b>	
	Zamieszkuję na terenie Województwa Wielkopolskiego.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą z autyzmem, chcącą korzystać ze stacjonarnych usług Domu Autysty.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą z autyzmem, chcącą korzystać z weekendowej opieki wytchnieniowej.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem opiekunem faktycznym osoby z autyzmem, chcącym skorzystać z zajęć dla opiekunów faktycznych.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<b>Jestem osobą z niepełnosprawnościami</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Załączam:	
	orzeczenie o stopniu niepełnosprawności umiarkowanym lub znacznym,	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	orzeczenie o niepełnosprawności wydane w stosunku do osób, które nie ukończyły 16 roku życia,	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności,	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	orzeczenie o niezdolności do pracy,	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim,	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.),	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	W przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z innego powodu, niż ww. Powód wykluczenia:.....	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Jestem osobą:</b> należąca do mniejszości narodowej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

	należącą do mniejszości etnicznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	zaliczającą się do migrantów	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	odmawiam podania informacji	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Doświadczam wielokrotnego wykluczenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji życiowej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Odmawiam podania informacji	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<b>Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu:</b>	
	Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	W tym długotrwale bezrobotny Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku: - Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy). - Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Bierni zawodowo Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	W tym osoba ucząca się	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Osoba pracująca (niezależnie od rodzaju umowy)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	osoba pracująca w administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	osoba pracująca w MMŚP	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	<b>Zatrudniony w:</b> Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony .....	
	<b>Wykonywany zawód:</b> Nauczyciel kształcenia zawodowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Nauczyciel kształcenia ogólnego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

	Nauczyciel wychowania przedszkolnego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Pracownik instytucji rynku pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Rolnik	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Instruktor praktycznej nauki zawodu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Inny	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	W momencie przystąpienia do Projektu mam lat:	
	Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą z niepełnosprawnościami/potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, której dochód/os nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (zg.z us.z 12.03.2004 o pom.spół.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą samotnie wychowującą osobę z autyzmem.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Czy Kandydat/ka jest osobą ubezwłasnowolnioną?  TAK  NIE

Jeżeli tak to jest to ubezwłasnowolnienie:  CZĘŚCIOWE  CAŁKOWITE

.....  
*Data i podpis osoby składającej formularz - Kandydata/ki do Projektu*

.....  
*Data i czytelny podpis prawnego opiekuna w przypadku, gdy Kandydat/ka do projektu jest osobą ubezwłasnowolnioną*

.....  
*Data i podpis osoby przyjmującej i sprawdzającej formularz*