



Projekt „NOWA SZANSA” jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020

### DANE UCZESTNIKA PROJEKTU „NOWA SZANSA”

<b>Dane uczestnika</b>	<b>Nazwa</b>
	Imię (imiona)
	Nazwisko
	Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
	Wiek w chwili przystępowania do projektu
	PESEL
	Wykształcenie: <input type="radio"/> niższe niż podstawowe <input type="radio"/> podstawowe <input type="radio"/> gimnazjalne <input type="radio"/> ponadgimnazjalne <input type="radio"/> policealne <input type="radio"/> wyższe
Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<b>Dane kontaktowe/ adresowe</b>	Ulica
	Nr domu
	Nr lokalu
	Miejscowość
	Obszar <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
	Kod pocztowy
	Województwo
	Powiat
	Telefon kontaktowy
	Adres e-mail
<b>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</b>	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji PUP: <input type="checkbox"/> tak, profil III* <input type="checkbox"/> nie w tym długotrwale bezrobotna: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji PUP <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Osoba bierna zawodowa <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie w tym ucząca się: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Osoba niepełnosprawna <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <i>Jeśli zaznaczył/a Pan/Pani „tak” proszę uzupełnić poniższe informacje</i> <b>Proszę zaznaczyć stopień niepełnosprawności jaki Pan/Pani posiada</b>
	<input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny





Projekt „NOWA SZANSA” jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020

	<b>Proszę zaznaczyć czy potrzebuje Pan/Pani pomocy opiekuna:</b> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Korzystam z pomocy społecznej <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Korzystam z PO Pomoc Żywnościowa <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Podpis	
Data, Miejscowość	

**BIURO PROJEKTU:**

CENTRUM CHARYTATYWNO-SPOŁECZNE „CARITAS”  
ul. Komandorska 63, 76-270 Ustka  
tel. /fax. (059) 8149 500, 609-510-265,  
www.caritasustka.ordynariat.pl  
caritasustka@wp.pl

**PARTNERZY PROJEKTU:**

GOPS Ustka, ul. Dunina 24, 76-270 Ustka, tel. 59 814-71-97  
GOPS Damnica, ul. Górna 8, 76-231 Damnica, tel. 59 811-32-48  
OPS Głównicyce, ul. Słupska 21, 76-220 Głównicyce, tel. 59 811-60-15  
OPS Dębica Kaszubska, ul. Zjednoczenia 26, 76-248 Dębica Kaszubska,  
tel. 59 841-21-89

