**Dane uczestników projektu**

**pn.: „Doskonalenie kompetencji kadr systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej” - realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020, Oś priorytetowa II. Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.**

**Dane uczestnika**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Kraj |  |
|  | Rodzaj uczestnika | indywidualny |  |
| pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu |  |
|  | Nazwa instytucji – wypełniamy tylko wtedy, gdy uczestnikiem jest pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu |  |
|  | Imię  |  |
|  | Nazwisko |  |
|  | Pesel |  |
|  | Brak Pesel |  |
|  | Płeć | kobieta |  |
| mężczyzna |  |
|  | Wiek w chwili przystępowania do projektu |  |
|  | Wykształcenie | gimnazjalne (ISCED 2) |   |
| niższe niż podstawowe (ISCED 0) |  |
| podstawowe (ISCED 1) |  |
| policealne (ISCED 4) |  |
| ponadgimnazjalne (ISCED 3) |  |
| wyższe (ISCED 5-8) |  |
| 1.  | Województwo |  |
| 2. | Powiat |  |
| 3. | Gmina |  |
| 4. | Miejscowość |  |
| 5. | Ulica |  |
| 6. | Nr budynku |  |
| 7. | Nr lokalu |  |
| 8. | Kod pocztowy |  |
| 10. | Telefon kontaktowy |  |
| 11. | Adres e-mail |  |

**Dane zakładu pracy – instytucji- jeśli dotyczy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa instytucji |  |
| 2. | NIP |  |
| 4. | Ulica |  |
| 5. | Nr budynku |  |
| 6. | Nr lokalu |  |
| 7. | Miejscowość |  |
| 8. | Kod pocztowy |  |
| 9. | Województwo |  |
| 10. | Powiat |  |
| 11. | Gmina |  |
| 12. | Telefon kontaktowy |  |
| 13. | Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |

**Szczegóły wsparcia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Data rozpoczęcia udziału w projekcie (rok, miesiąc, dzień) |  |
| 2. | Data zakończenia udziału w projekcie (rok, miesiąc, dzień) |  |
| 3. | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: |  |
| - osoba długotrwale bezrobotna |  |
| - inne |  |
| osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy,w tym: |  |
| - osoba długotrwale bezrobotna |  |
| - inne |  |
| osoba bierna zawodowo,w tym: |  |
| - inne |  |
| - osoba ucząca się |  |
| - osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |  |
| osoba pracująca, w tym: |  |
| 3a |  | wykonywany zawód (dotyczy osób pracujących): |
| - inny |  |
| - instruktor praktycznej nauki zawodu |  |
| - nauczyciel kształcenia ogólnego |  |
| - nauczyciel wychowania przedszkolnego |  |
| - nauczyciel kształcenia zawodowego |  |
| - pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia |  |
| - kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej |  |
| - pracownik instytucji rynku pracy |  |
| - pracownik instytucji szkolnictwa wyższego |  |
| - pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej |  |
| - pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej |  |
| - pracownik poradni psychologiczno - pedagogicznej |  |
| - rolnik |  |
| 3b |  | w tym: zatrudniony w (dotyczy osób pracujących): |
| osoba pracująca w administracji rządowej |  |
| osoba pracująca w administracji samorządowej |  |
| inne |  |
| osoba pracująca w MMŚP |  |
| osoba pracująca w organizacji pozarządowej |  |
| osoba prowadząca działalność na własny rachunek |  |
| osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie |  |
| osoba podjęła kształcenie lub szkolenie |  |
| osoba podjęła pracę/rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek |  |

**Rodzaj wsparcia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Rodzaj przyznanego wsparcia | doradztwow tym: |  |
| - doradztwo edukacyjne-zawodowe |  |
| - inne |  |
| - doradztwo/pomoc prawna |  |
| - doradztwo/poradnictwo zawodowe |  |
| - doradztwo psychologiczne |  |
| inne |  |
| szkolenie/kurs |  |
| usługa aktywnej integracji,w tym: |  |
| - usługa rehabilitacji społecznej i zawodowej w CIS, KIS |  |
|  - usługa o charakterze edukacyjnym |  |
| - inne |  |
| - usługa rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych  |  |
| - usługa o charakterze społecznym  |  |
| - usługa o charakterze zawodowym  |  |
| - usługa o charakterze zdrowotnym |  |
| usługa społeczna świadczona w interesie ogólnym,w tym: |  |
| - inne |  |
| - usługa w mieszkaniu chronionym lub innej formie mieszkania wspieranego |  |
| - usługa opiekuńcza lub specjalistyczna opiekuńcza |  |
| - usługa asystencka |  |
| - usługa systemu pieczy zastępczej |  |
| - usługa wsparcia rodziny |  |
| zajęcia dodatkowe,w tym: |  |
| - w przedszkolu |  |
| - dla studentów |  |
| - dla uczniów |  |
| 2. | Data rozpoczęcia udziału we wsparciu (rok, miesiąc, dzień) |  |
| 3. | Data zakończenia udziału we wsparciu (rok, miesiąc, dzień) |  |

**Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Odpowiedzi:** | **Nie** | **Odmowa podania informacji** | **Tak** |
|  1. | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |  |  |  |
|  2. | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  | Brak możliwości |  |
|  3. | Osoba z niepełnosprawnościami |  |  |  |
|  4. | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej |  |  |  |

 …………………………………..

 czytelny podpis