



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.

**Ankieta rekrutacyjna do Projektu
pn. „Złota Jesień 3” – usługi zdrowotne, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne**

| DANE OSOBOWE KANDYDATA/KANDYDATKI | | | |
|---|--|---|-----------------|
| Imię (imiona) i nazwisko | Imię.....Nazwisko..... | | |
| Data Urodzenia | Dzień.....Miesiąc.....Rok..... | | |
| PESEL (11 cyfr) | | | |
| Płeć | <input type="checkbox"/> kobieta | <input type="checkbox"/> mężczyzna | |
| Adres zamieszkania Ulica, Nr domu, Nr lokalu, Miejscowość, Kod pocztowy | ulica..... nr domu i nr lokalu..... Miejscowość, kod pocztowy..... | | |
| Gmina/ Powiat/ Województwo | Gmina | Powiat | Województwo |
| Nr Tel. kontaktowego /email | Tel. stacjonarny | Tel. komórkowy | Email: |
| WYKSZTAŁCENIE (należy zaznaczyć najwyższe) | <input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne – średnie <input type="checkbox"/> Pomaturalne <input type="checkbox"/> Wyższe | | |
| STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY (na dzień podpisania ankiety) | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> Osoba pracująca <input type="checkbox"/> Emeryt/rencista | | |
| KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE – właściwe zaznaczyć „X” | | | |
| Osoba fizyczna w rozumieniu Kodeksu Cywilnego mieszkająca i/lub pracująca i/lub ucząca się na terenie woj. opolskiego z obszarów 6 gmin powiatu brzeskiego (Brzeg, Olszanka, Skarbimierz, Grodków, Lewin Brzeski, Lubsza) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Wymagam kontynuacji leczenia i opieki w ramach projektu w pierwszym okresie po hospitalizacji, z uwagi na opuszczenie szpitala lub ZOL. | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Jestem osobą, która może uczestniczyć w niżej wskazanych w ramach Projektu formach wsparcia t.j: a). opieka medyczna dla uczestników projektu b). rehabilitacja ruchowa dla uczestników projektu c). usługa logopedyczna i psychiatryczna d). terapia zajęciowa | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |

