



Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Kierunek „Zatrudnienie” - wsparcie dla osób 30+ w Siemianowicach Śląskich”

### ANKIETA ZGŁOSZENIOWA

Szanowni Państwo,

Dziękujemy za zainteresowanie projektem „Kierunek „Zatrudnienie” - wsparcie dla osób 30+ w Siemianowicach Śląskich”. Informujemy, że złożenie ankiety zgłoszeniowej **nie jest** równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie. W celu zbadania Państwa oczekiwań i potrzeb prosimy o czytelne wypełnienie wszystkich pól ankiety, a w pola wyboru ze znakiem  proszę wstawić „X”.

DANE OSOBOWE	
Imię	
Nazwisko:	
Data urodzenia:	
Wiek w chwili składania ankiety:	
Płeć:	Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>
Numer PESEL:	
DANE TELEADRESOWE	
Miejsce zamieszkania/ adres do korespondencji:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Nazwa miejscowości:	
Województwo:	Śląskie
Kraj:	Polska
Dane kontaktowe	
Numer telefonu:	
Adres e-mail:	



**1. Przynależność do grupy docelowej projektu (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):**

- osoby powyżej 50 roku życia
- kobiety (szczególnie powracające na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem i wychowaniem dziecka)
- osoby niepełnosprawne
- osoby długotrwale bezrobotne
- osoby o niskich kwalifikacjach (Szkoła podstawowa, Gimnazjum, Liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa)
  
- Czy uczestniczyła/a Pan/Pani w projekcie w ramach celu tematycznego 9 RPO WSL? (KIS, CIS, MOPS itp.)

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (uzupełnić jeśli dotyczy)**

**2. Proszę zaznaczyć posiadany dokument poświadczający fakt bycia osobą niepełnosprawną (dotyczy tylko osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności, prosimy o dołączenie do ankiety aktualnego dokumentu poświadczającego fakt bycia osobą niepełnosprawną lub oświadczenia):**

**Orzeczenia Powiatowych Zespołów ds. Orzekania o Niepełnosprawności**

- znaczny stopień niepełnosprawności (dawna I grupa inwalidzka)
- umiarkowany stopień niepełnosprawności (dawna II grupa inwalidzka)
- lekki stopień niepełnosprawności (dawna III grupa inwalidzka)

**Orzeczenia lekarzy Orzeczników ZUS**

- całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji
- całkowita niezdolność do pracy
- częściowa niezdolność do pracy

**3. Proszę zaznaczyć rodzaj niepełnosprawności według kategorii w orzeczeniu (dotyczy tylko osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności) - można wybrać więcej niż jeden:**

- osoba niewidoma lub słabowidząca
- osoba niesłysząca lub słabosłysząca
- osoba z uszkodzeniem narządu ruchu
- osoba ze schorzeniem narządów wewnętrznych
- osoba z epilepsją
- osoba ze schorzeniem psychicznym
- osoba z niepełnosprawnością intelektualną
- osoba z orzeczeniem z ogólnego stanu zdrowia
- inne rodzaje niepełnosprawności (nie wymienione powyżej):

**3. Bariery wynikające z niepełnosprawności:**

- architektoniczne,

- .....
- komunikacyjne
- .....



techniczne

.....

inne, jakie?

.....

#### STATUS NA RYNKU PRACY

**4. Jaki jest Pana/Pani status na rynku pracy (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):**

- bezrobotny,  
 uczący się w trybie zaocznym.

**5. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni uczestniczył Pan/-ani w jakimś szkoleniu?**

- nie,  
 tak, jakim? .....

**6. Jestem opiekunem osoby zależnej (oznacza osobę wymagającą - ze względu na stan zdrowia lub wiek, np. dziecko do lat 7 - stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem):**

- tak  
 nie

#### WYKSZTAŁCENIE I ZAWÓD

**7. Proszę wybrać poziom wykształcenia, jaki Pan/i posiada:**

- podstawowe  
 gimnazjalne  
 ponadgimnazjalne  
 policealne  
 studia krótkiego cyklu  
 studia licencjackie lub odpowiedniki  
 studia magisterskie lub odpowiedniki  
 inne (jakie?): .....

**8. Jaki jest Pana/i zawód wyuczony?**

**9. Jaki jest Pana/i zawód wykonywany?**

**8. Proszę wybrać swoje doświadczenie zawodowe (Okres zatrudnienia):**

- brak  
 1-5 lat  
 powyżej 5 lat



## INFORMACJE DODATKOWE

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
miejsowość, data

.....  
własnoręczny czytelny podpis kandydata  
lub pełnomocnika kandydata

### WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU

#### Kryteria oceny po analizie ankiety i przeprowadzonej rozmowie

Były uczestnik projektu 9 RPO WSL .....zakwalifikowano.....  
Doświadczenie zawodowe.....max: 5 pkt przyznano:.....  
Wykształcenie..... max: 5 pkt przyznano:.....  
Długotrwale bezrobotny.....max: 1 pkt przyznano:.....  
50+..... max: 1 pkt przyznano:.....  
Osoba z niepełnosprawnościami.....max: 3 pkt przyznano:.....  
Kobieta..... max: 1 pkt przyznano:.....

Dokument potwierdzający status osoby z niepełnosprawnościami  TAK  NIE

Max liczba punktów: 16

Przyznana łączna ilość punktów .....

## INFORMACJE DODATKOWE

.....  
.....  
.....  
.....

Podpis Doradcy zawodowego/ Rekrutera

.....