Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Aktywni na co dzień - wsparcie dla osób bezrobotnych powyżej 30 roku życia w Siemianowicach Śląskich”

**ANKIETA ZGŁOSZENIOWA**

Szanowni Państwo,

Dziękujemy za zainteresowanie projektem ,,Aktywni na co dzień - wsparcie dla osób bezrobotnych powyżej 30 roku życia 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** **Mężczyzna** | |
| **Numer PESEL:** | |  | |
| **DANE TELEADRESOWE** | | | |
| **Miejsce zameldowania:** | | | |
| **Ulica:** | |  | |
| **Nr budynku:** | |  | |
| **Nr lokalu:** | |  | |
| **Kod pocztowy:** | |  | |
| **Nazwa miejscowości:** | |  | |
| **Województwo:** | |  | |
| **Kraj:** | |  | |
| **Miejsce zamieszkania:** *(Prosimy o wypełnienie, jeśli inne niż powyżej.)* | | | |
| **Ulica:** | |  | |
| **Nr budynku:** | |  | |
| **Nr lokalu:** | |  | |
| **Kod pocztowy:** | |  | |
| **Nazwa miejscowości:** | |  | |
| **Gmina:** | |  | |
| **Powiat:** | |  | |
| **Województwo:** | |  | |
| **Kraj:** | |  | |
| **Dane kontaktowe** | | | |
| **Numer telefonu stacjonarnego**  **(wraz z numerem kierunkowym):** |  | | |
| **Numer telefonu komórkowego:** |  | | |
| **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) | | | |
| **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 stacjonarnym,  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** | |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| **………………………………………………………**  **miejscowość, data** | **……………………………………………**  **własnoręczny czytelny podpis kandydata**  **lub pełnomocnika kandydata** |
| **WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU**  **Kryteria oceny po analizie ankiety i przeprowadzonej rozmowie**  **Doświadczenie zawodowe max: 5 pkt przyznano:……………………..**  **Kwalifikacje zawodowe max: 5 pkt przyznano:……………………..**  **Wykształcenie max: 5 pkt przyznano:……………………..**  **Orzeczenie o niepełnosprawności max: 3 pkt przyznano:……………………..**  **Kobieta                                                    max: 1 pkt      przyznano:……………………..**  **Dokument potwierdzający status osoby niepełnosprawnej 🞎** TAK **🞎** NIE **🞎** NIE DOTYCZY  **Max liczba punktów: 18 Przyznana łączna ilość punktów ……………………...** | | | |
| **INFORMACJE DODATKOWE** | | |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| **Podpis Doradcy zawodowego/ Rekrutera** ……………………………….………........... | | | |

Projekt realizowany jest przez Powiatowy Urząd Pracy z siedzibą w Siemianowicach Śląskich, ul. Wyzwolenia 17, 41-106 Siemianowice Śląskie w ramach Osi priorytetowej VII *Regionalny rynek pracy*, Działanie 7.1 *Aktywne formy przeciwdziałania bezrobociu*, Poddziałanie 7.1.3 *Poprawa zdolności do zatrudnienia osób poszukujących pracy i pozostających bez zatrudnienia*. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.