

Załącznik nr 2 do  
Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa  
w projekcie pn.: „Wyjźdź z domu – zainwestuj w siebie”

**Kwestionariusz rekrutacyjny**  
Beneficjenta Ostatecznego projektu „Wyjźdź z domu- zainwestuj w siebie II”

Dane podstawowe	<i>Imię i nazwisko</i>
	<i>Data urodzenia</i>
	<i>PESEL</i>
Adres zamieszkania	<i>Ulica</i>
	<i>Nr domu</i>
	<i>Nr lokalu</i>
	<i>Kod pocztowy, miejscowość</i>
	<i>Telefon kontaktowy</i>
	<i>Adres poczty elektronicznej</i>
Dane dodatkowe	<i>Stan cywilny</i>
	<i>Wykształcenie</i> <i>brak</i> <input type="checkbox"/> / <i>podstawowe</i> <input type="checkbox"/> / <i>gimnazjalne</i> <input type="checkbox"/> / <i>ponadgimnazjalne</i> <input type="checkbox"/> / <i>pomaturalne</i> <input type="checkbox"/> / <i>wyższe</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Korzystam z pomocy społecznej w GOPS w Chmielnie - tak</i> <input type="checkbox"/> / <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Pracuję - tak</i> <input type="checkbox"/> / <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Jestem zarejestrowana/ny jako osoba bezrobotna w PUP - tak</i> <input type="checkbox"/> / <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	<i>W okresie ostatnich 24 miesięcy byłam/łem zarejestrowana/ny jako osoba bezrobotna w PUP przez okres: 0-12 miesięcy</i> <input type="checkbox"/> / <i>12-24 miesięcy</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Posiadam kwalifikacje zawodowe - tak</i> <input type="checkbox"/> / <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Uczę się w systemie: dziennym</i> <input type="checkbox"/> / <i>zaocznym</i> <input type="checkbox"/> / <i>wieczorowym</i> <input type="checkbox"/> / <i>nie uczę się</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Mam orzeczony stopień niepełnosprawności - tak</i> <input type="checkbox"/> / <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Mam przyznaną rentę inwalidzką - tak</i> <input type="checkbox"/> / <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Mam orzeczoną przez ZUS niezdolność do pracy - tak</i> <input type="checkbox"/> / <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Jestem osobą opuszczającą rodzinę zastępczą, placówkę opiekuńczo-wychowawczą lub placówkę, o których mowa w art. 88 Ustawy o pomocy społecznej - tak</i> <input type="checkbox"/> / <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Realizuję Indywidualny Program Usamodzielnienia - tak</i> <input type="checkbox"/> / <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Opiekuję się dzieckiem w wieku poniżej 7 lat lub osobą zależną - tak</i> <input type="checkbox"/> / <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
<i>Jestem osobą młodą w wieku 15-24 lata - tak</i> <input type="checkbox"/> / <i>nie</i> <input type="checkbox"/>	
<i>Jestem osobą w wieku starszym 55-64 lata - tak</i> <input type="checkbox"/> / <i>nie</i> <input type="checkbox"/>	

.....  
Data, czytelny podpis Beneficjenta Ostatecznego