

## Ankieta rekrutacyjna

Beneficjenta Ostatecznego projektu pn. "Nowa perspektywa" realizowanego przez  
Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Siekierczynie w ramach Poddziałania 7.1.1  
Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki

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 <input type="checkbox"/> / podstawowe <input type="checkbox"/> / gimnazjalne <input type="checkbox"/> / ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> / pomaturalne <input type="checkbox"/> / wyższe <input type="checkbox"/></i>
	<i>Korzystam z pomocy społecznej w GOPS w Siekierczynie - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i>
	<i>Nie pracuję - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i>
	<i>Jestem zarejestrowana/ny jako osoba bezrobotna w PUP - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i>
	<i>W okresie ostatnich 24 miesięcy byłam/łem zarejestrowana/ny jako osoba bezrobotna w PUP przez okres: 0-12 miesięcy <input type="checkbox"/> / 12-24 miesięcy <input type="checkbox"/></i>
	<i>Posiadam kwalifikacje zawodowe - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i>
	<i>Uczę się w systemie: dziennym <input type="checkbox"/> / zaocznym <input type="checkbox"/> / wieczorowym <input type="checkbox"/> / nie uczę się <input type="checkbox"/></i>
	<i>Mam orzeczony stopień niepełnosprawności - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i>
	<i>Mam przyznaną rentę inwalidzką - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i>
	<i>Jestem osobą opuszczającą rodzinę zastępczą, placówkę opiekuńczo-wychowawczą lub placówkę, o których mowa w art. 88 Ustawy o pomocy społecznej - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i>
	<i>Jestem objęta/ty wsparciem w ramach projektów systemowych realizowanych przez inne jednostki - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i>
	<i>Realizuję Indywidualny Program Usamodzielnienia - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i>
	<i>Mam orzeczoną przez ZUS niezdolność do pracy - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i>
<i>Opiekuję się dzieckiem w wieku poniżej 7 lat lub osobą zależną - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/></i>	

.....  
Data, czytelny podpis Beneficjenta Ostatecznego



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Zakup współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach projektu "NOWA PERSPEKTYWA"