



Formularz zgłoszeniowy do projektu: *Krok do formy ON III*

Imię i nazwisko beneficjenta.....

Adres zamieszkania.....
(miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy)

Województwo.....

Telefon kontaktowy:.....

PESEL: _ _ _ _ _

Odpowiednie zaznacz „X”- wszystkie pola wymagane

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

PRZYCZYNA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

- znaczny
- umiarkowany
- lekki
- orzeczenie o niepełnosprawności przed 16 rokiem życia

- SM
- inne neurologiczne:.....

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

SPOSÓB PORUSZANIA SIĘ:

- autyzm
- choroby psychiczne
- inne przyczyny
- narząd ruchu
- narząd wzroku
- narząd słuchu
- narząd niepełnosprawność sprzężona
- ogólny stan zdrowia
- upośledzenie umysłowe

- samodzielnie
- o kuli/kulach
- o balkoniku
- na wózku
- inne:.....

UCZESTNICTWO W WARSZTATACH TERAPII ZAJĘCIOWEJ (WTZ):

- uczestnicy WTZ nie byli WTZ absolwenci WTZ



MIEJSCE ZAMIESZKANIA:

- miasto do 20 tys. mieszkańców
- miasto powyżej 20 do 50 tys. mieszkańców
- miasto powyżej 50 tys. do 100 tys.
- powyżej 100 tys. mieszkańców
- wieś

ZATRUDNIENIE:

- nieaktywni zawodowo
- poszukujący pracy zatrudnieni
- poszukujący pracy niezatrudnieni
- bezrobotni
- zatrudnieni w Zakładzie Aktywności Zawodowej
- zatrudnieni w Zakładzie Pracy Chronionej
- zatrudnieni na otwartym rynku pracy
- nie dotyczy

WYKSZTAŁCENIE:

- zajęcia rewalidacyjne
- niepełne podstawowe
- podstawowe
- gimnazjalne
- zawodowe
- średnie
- policealne
- wyższe

REJESTRACJA W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY:

- niezarejestrowani w Powiatowym Urzędzie Pracy
- zarejestrowani w Powiatowym Urzędzie Pracy

.....
(data, imię i nazwisko beneficjenta)