

Projekt: „Sukces w pracy edycja II” realizowany przez Fundacja „Aktywizacja Bez Granic” na podstawie umowy numer UM/PW9/2025/3/DEPT_DS_WSPOLPRACY/11776 z dnia 14 kwietnia 2025 zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji „Sukces w pracy edycja II”
FORMULARZ REKRUTACYJNY

Część I Dane Projektu		
1	Beneficjent	Fundacja „Aktywizacja Bez Granic” ul. Wilcza 32, 00-544 Warszawa
2	Tytuł Projektu	„Sukces w pracy edycja II” , umowa numer UM/PW9/2025/3/DEPT_DS_WSPOLPRACY/11776
3	Okres realizacji	01.01.2025 - 29.02.2028

Część II Dane Kandydata/Kandydatki do udziału w Projekcie		
Dane osobowe	Imię (imiona)	
	Nazwisko	
	PESEL	
	Data urodzenia	
	Płeć	
Adres zamieszkania	Województwo	
	Powiat	
	Gmina	
	Miasto	
	Kod pocztowy	
	Ulica	
	Numer domu	
Zamieszkanie	Numer lokalu	
	miasto do 20 tys. mieszkańców	
	miasto 20 tys.-50 tys. mieszkańców	
	miasto 50 tys.-100 tys. mieszkańców	
	miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	

Projekt finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

	wieś	
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy	
	Adres (e-mail)	
	Adres do korespondencji (opcjonalnie)	
Wykształcenie (należy zaznaczyć "X" przy odpowiedniej pozycji)	Zajęcia rewalidacyjne	
	Niepełne podstawowe	
	Podstawowe	
	Gimnazjalne	
	Zawodowe	
	Średnie	
	Policealne	
	Wyższe	

Część III Oświadczenia Kandydata/Kandydatki do Projektu

Oświadczenia III A	Oświadczenie dotyczące statusu na rynku pracy	TAK	NIE
(należy oznaczyć TAK lub NIE)	Nieaktywny zawodowo		
	Poszukujący pracy niezatrudniony		
	Bezrobotny		
(należy oznaczyć TAK lub NIE)	Rejestracja w urzędzie pracy		
Oświadczenia III B	Oświadczenie dotyczące stopnia niepełnosprawności:	TAK	NIE
(należy oznaczyć TAK lub NIE)	Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności		
	• Stopień lekki /częściowa niezdolność do pracy/III grupa.		
	• Stopień umiarkowany / całkowita niezdolność do pracy/II grupa.		
	• Stopień znaczny/ całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji/I grupa.		
	Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną uwzględniającą co najmniej dwie jednostki chorobowe.		

	Jestem osobą, co do której orzeczono niepełnosprawności rozwojowe w przypadku zaliczenia do lekkiego stopnia niepełnosprawności.		
Data ważności orzeczenia		
(należy oznaczyć TAK lub NIE)	Opis rodzaju niepełnosprawności:	TAK	NIE
	01-U – Upośledzenie umysłowe		
	02-P – Choroby psychiczne		
	03-L – Zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu		
	04-O – Choroby narządu wzroku		
	05-R – Upośledzenie narządu ruchu		
	06-E – Epilepsja		
	07-S – Choroby układu oddechowego i krążenia		
	08-T – Choroby układu pokarmowego		
	09-M – Choroby układu moczowo płciowego		
	10-N – Choroby neurologiczne		
	11-I – Inne		
	12-C – Całościowe zaburzenia rozwojowe		
Część III C Oświadczenie dotyczące uczestnictwa w Warsztatach Terapii Zajęciowej WTZ		TAK	NIE
absolwent WTZ			
nie był w WTZ			
uczestnik WTZ			
absolwent ŚDS			
nie był w ŚDS			
uczestnik ŚDS			

*Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą. W przypadku podania danych niezgodnych z prawdą zobowiązuję się do pokrycia kosztów finansowych spowodowanych poświadczeniem nieprawdy, przestępstwo z art. 271 Kodeksu Karnego.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis Kandydata/ kandydatki)

.....
(czytelny podpis osoby rekrutującej)

Projekt finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych