Załącznik nr 1. *Ankieta zawierająca dane uczestników indywidualnych projekt   
do Regulaminu* rekrutacji i udziału w projekcie *pn. „Pomocna Dłoń -   
usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców   
Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego”*

**Ankieta zawierająca dane uczestników indywidualnych projektu  
pn.** „**Pomocna Dłoń - usługi zdrowotne i społeczne skierowane do mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa** | |
| **1** | **Kraj** | |
| **2** | **Rodzaj uczestnika:**   * indywidualny – dotyczy osoby fizycznej, przystępującej do projektu z   własnej inicjatywy   * pracownik lub przedstawiciel instytucji/ podmiotu”– wybierz, w przypadku   gdy wsparcie realizowane jest na rzecz instytucji   * jestem osoba niesamodzielną * jestem opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej | |
| **3** | **Imię** | |
| **4** | **Nazwisko** | |
| **5** | **Pesel** | |
| **6** | **Płeć**   * Kobieta * Mężczyzna | |
| **7** | **Wykształcenie**   * niższe niż podstawowe (ISCED 0) w sytuacji, gdy osoba nie osiągnęła wykształcenia podstawowego * gimnazjalne (ISCED 2) * podstawowe (ISCED 1) * ponadgimnazjalne (ISCED 3) * policealne (ISCED 4) * wyższe (ISCED 5-8) | |
| **8** | **Województwo** | |
| **9** | **Powiat** | |
| **10** | **Gmina** | |
| **11** | **Miejscowość** | |
| **12** | **Ulica** | |
| **13** | **Nr budynku** | **Nr Lokalu** |
| **14** | **Kod pocztowy** | |
| **15** | **Telefon kontaktowy** | |
| **16** | **Adres e-mail** | |
| **17** | **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu**   * osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy   + osoba długotrwale bezrobotna *(osoba długotrwale bezrobotna w przypadku osób poniżej 25 r. życia bezrobotna nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy, osoby powyżej 25 r. życia nieprzerwanie pozostające bez pracy przez okres 12 miesięcy*)   + inne * osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy * osoba bierna zawodowo * osoba pracująca | |
| **18** | **Wykonywany zawód** (dotyczy tylko osób zatrudnionych)   * osoba pracująca w administracji rządowej * osoba pracująca w administracji samorządowej * osoba pracująca w organizacji pozarządowej * osoba pracująca w Małym i Średnim Przedsiębiorstwie * osoba prowadząca działalność na własny rachunek * osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie * inne | |
| **19** | **Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia**) (*dotyczy tylko osób zatrudnionych*) | |
| **20** | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia :**   * Tak * Nie * Odmowa podania informacji | |
| **21** | **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**   * Tak * Nie | |
| **22** | **Osoba z niepełnosprawnościami**   * Tak * Nie | |
| **23** | **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** (innej niż wymienione powyżej)   * Tak * Nie * Odmowa podania informacji | |

………………………………………….

Podpis i data