



Kwestionariusz osobowy dotyczący udziału w Projekcie - DZIECKO

„Twoje Przedszkole w Mysłowie”

RPLU.12.01.00-06-0002/17

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 realizowany przez W3A.PL Sp. z o.o. w partnerstwie z Gminą Wola Mysłowska.

1. Dane dziecka

Imię i nazwisko dziecka	
Data urodzenia dziecka	
PESEL dziecka	
Miejsce urodzenia dziecka	
Wiek dziecka w chwili przystąpienia do projektu	

- Dziecko spełnia warunki kwalifikowalności w projekcie, tj. z dniem przystąpienia do projektu dziecko jest w wieku 2,5-4 lat,
- Dziecko nie jest objęte wychowaniem przedszkolnym,
- Dziecko jest mieszkańcem/mieszkanką gminy Wola Mysłowska w województwie lubelskim;
- Wyrażam chęć udziału mojego dziecka we wszystkich formach i działaniach proponowanych w ramach projektu „Twoje Przedszkole w Mysłowie”.

2. Dane rodzica/opiekuna prawnego

Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania (ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość)	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Telefon kontaktowy (obowiązkowe)	
Adres e-mail	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia dziecka do projektu (zaznaczyć jedną odpowiedź)	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy w tym osoba długotrwale bezrobotna<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowa<input type="checkbox"/> Osoba pracująca
Wykonywany zawód	
Miejsce zatrudnienia (nazwa i adres zakładu pracy, tel. do zakładu pracy)	



Prosimy o szczerą odpowiedź na następujące pytania - udzielone odpowiedzi posłużą jedynie procesowi rekrutacji i nie będą nigdzie publikowane.

1. Czy rodzina, w której wychowuje się dziecko jest rodziną o niskich dochodach?*
- TAK NIE

2. Czy jest Pan/Pani osobą samotnie wychowującą dziecko?
- TAK NIE

3. Czy jest Pan/Pani osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia?
- TAK NIE

4. Czy jest Pan/Pani osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkania?
- TAK NIE

5. Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnościami?
- TAK NIE

6. Czy jest Pan/Pani osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących?
- TAK NIE

7. Czy jest Pan/Pani osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu?
- TAK NIE

8. Czy jest Pan/Pani osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu?
- TAK NIE

9. Czy jest Pan/Pani w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione wyżej)? Jeśli tak to jakie?
- TAK NIE

Miejscowość i data

Podpis rodzica / opiekuna prawnego dziecka



*Jeśli rodzina, w której wychowuje się dziecko jest rodziną o niskich dochodach należy przedstawić stosowne zaświadczenie potwierdzające niskie dochody zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U.2013.182 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Rady Ministrów w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz.U.2012.823)