**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OPIEKUNA FAKTYCZNEGO**

*na szkolenia z zakresu:*

1. *Opieki nad osobą niepełnosprawną,*
2. *Rehabilitacji osób niepełnosprawnych.*

**w ramach projektu „Leśne Zacisze 2 – Dzienny Dom Pobytu i Klub Seniora dla mieszkańców powiatów żnińskiego i mogileńskiego”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Opiekuna** |  |
| **Płeć** |  |
| **Dane kontaktowe (nr tel., e-mail)** |  |
| **Imię i Nazwisko Uczestnika DDP** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Pesel** |  |
| **Wykształcenie** | - gimnazjalne- niższe niż podstawowe- podstawowe- policealne- ponadgimnazjalne- wyższe |
| **Status osoby na rynku pracy** | - osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy,* osoba długotrwale bezrobotna
* inne

- osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy,* osoba długotrwale bezrobotna
* inne

- osoba bierna zawodowo* osoba ucząca się
* osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
* inne

- osoba pracująca* osoba pracując w administracji rządowej
* osoba pracująca w administracji samorządowej
* osoba pracująca w MMŚP
* osoba pracująca w organizacji pozarządowej
* osoba prowadząca działalność na własny rachunek
* osoba pracując w dużym przedsiębiorstwie
* inne
 |
| **Zawód** | * instruktor praktycznej nauki zawodu
* nauczyciel kształcenia ogólnego
* nauczyciel wychowanie przedszkolnego
* nauczyciel kształcenia zawodowego
* pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
* kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
* pracownik instytucji rynku pracy
* pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
* pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
* pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
* pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej
* rolnik
* inny
 |
| **Miejsce pracy****(nazwa i adres)** |  |
| **Stopień pokrewieństwa z uczestnikiem** |  |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | TAK/NIE/ODMOWA PODANIE INFORMACJI\* |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | TAK/NIE/ ODMOWA PODANIE INFORMACJI \* |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** | TAK/NIE/ ODMOWA PODANIE INFORMACJI \* |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji** | TAK/NIE/ ODMOWA PODANIE INFORMACJI \* |

 ………………………………………………..………

 Miejscowość, data, podpis osoby zainteresowanej

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że sprawuję faktyczną opiekę nad Panem/Panią …………………………………………………………………………………………………..,

uczestnikiem projektu „Leśne Zacisze 2 – Dzienny Dom Pobytu i Klub Seniora dla mieszkańców powiatów żnińskiego i mogileńskiego”

………………………………………

podpis składającego oświadczenie