**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