



Fundusze Europejskie
dla Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

KWESTIONARIUSZ SPOTKANIA MERYTORYCZNEGO Z KANDYDATEM DO PROJEKTU „Aktywizacja społeczna mieszkańców powiatu wejherowskiego”

Imię i nazwisko: _____

1. Data urodzenia: _____
2. Adres zamieszkania: _____
3. Telefon kontaktowy: _____
4. Adres e-mail: _____

1. MOTYWACJA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

1.1. Co skłoniło Pana/Panią do zgłoszenia się do projektu?

- a) Chęć podniesienia kwalifikacji zawodowych
- b) Możliwość zdobycia nowego zatrudnienia
- c) Chęć rozwoju osobistego
- d) Inne (proszę określić): _____

1.2. Jakie są Pana/Pani oczekiwania wobec projektu?

1.3. Czy wcześniej brał(a) Pan/Pani udział w podobnych projektach? TAK/NIE

Jeśli tak, proszę podać nazwę i rok realizacji: _____

2. STATUS NA RYNKU PRACY

2.1. Obecny status zawodowy:

- a) Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy
- b) Osoba bezrobotna niezarejestrowana
- c) Osoba pracująca
- d) Osoba bierna zawodowo, w tym ucząca się TAK/NIE,
jeśli TAK – planowana data zakończenia edukacji _____

2.2. Czy aktualnie poszukuje Pan/Pani pracy? TAK/NIE

2.3. Jaki jest Pana/Pani ostatni wykonywany zawód i stanowisko?

2.4. Czy posiada Pan/Pani doświadczenie zawodowe? TAK/NIE

Jeśli tak, proszę określić branżę i okres zatrudnienia: _____

3. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (jeśli dotyczy)

3.1. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? TAK/NIE

3.2. Jeśli tak, proszę określić stopień:

- a) Lekki
- b) Umiarkowany
- c) Znaczny

3.3. Czy wymaga Pan/Pani specjalnych dostosowań podczas udziału w projekcie? TAK/NIE

Jeśli tak, proszę podać szczegóły: _____



Fundusze Europejskie
dla Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

4. STATUS MIESZKANIOWY

4.1. Jak określił(a)by Pan/Pani swoją sytuację mieszkaniową?

- a) Własne mieszkanie/dom
- b) Wynajmowane mieszkanie
- c) Przebywam w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka lub placówce opiekuńczo – wychowawczej.
- d) Inne (proszę określić): _____

4.2. Jeśli nie posiada Pan/Pani własnego mieszkania lub nie mieszka samodzielnie:

- a) Czy w w przeciągu najbliższych 9 miesięcy planuje Pan/Pani opuścić pieczę zastępczą? TAK/NIE
- b) Czy aktualnie poszukuje Pan/Pani mieszkania? TAK/NIE

4.3. **Status programu usamodzielnienia** (zgodnie z art. 145 Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej):

- a) Czy posiada Pan/Pani Indywidualny Program Usamodzielnienia? TAK/NIE
- b) Czy korzysta Pan/Pani z pomocy na kontynuowanie nauki? TAK/NIE
- c) Czy korzysta Pan/Pani z pomocy na usamodzielnienie? TAK/NIE
- d) Czy korzysta Pan/Pani z pomocy na zagospodarowanie? TAK/NIE

5. KURSY I CERTYFIKATY

5.1. Czy ukończył(a) Pan/Pani jakiegokolwiek kursy zawodowe lub szkolenia? TAK/NIE

Jeśli tak, proszę podać nazwy kursów oraz daty ukończenia:

5.2. Czy posiada Pan/Pani certyfikaty potwierdzające kwalifikacje zawodowe? TAK/NIE

Jeśli tak, proszę podać kwalifikację.

6. INNE UWAGI KANDYDATA 6.1. Czy posiada Pan/Pani dodatkowe potrzeby lub oczekiwania względem projektu?

Podpis kandydata: _____

Data: _____



Fundusze Europejskie
dla Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

WERYFIKACJA

Część formularza wypełniana przez Koordynatora

Kryteria	Punktacja
Czy uczestnik spełnia kryteria podstawowe określone w § 3 pkt 4 Regulamin usług wspierających usamodzielnianych wychowanków pieczy zastępczej w PCPR w Wejherowie	TAK/NIE
Status na rynku pracy	
Stopień niepełnosprawności	
Status mieszkaniowy	
Dodatkowe preferencje	

Łączna liczba uzyskanych punktów:

Podpis Koordynatora