



Załącznik nr 5. Ankieta zawierająca dane uczestników indywidualnych projektu do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Małopolski Tele-Anioł”

**ANKIETA ZAWIERAJĄCA DANE UCZESTNIKÓW INDYWIDUALNYCH  
PROJEKTU „Małopolski Tele-Anioł”**

(pola szare uzupełniają pracownicy realizatorów projektu upoważnieni do CST)

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA</b>	
1.	<b>Kraj</b>	
2.	<b>Rodzaj uczestnika:</b> <input type="checkbox"/> indywidualny – dotyczy osoby fizycznej, przystępującej do projektu z własnej inicjatywy <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji/ podmiotu – wybierz, w przypadku gdy wsparcie realizowane jest na rzecz instytucji	
3.	Nazwa instytucji – nie dotyczy	
4.	<b>Imię</b>	
5.	<b>Nazwisko</b>	
6.	<b>PESEL</b>	
7.	<b>Płeć:</b> <input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna
8.	Wiek w chwili przystępowania do projektu ( <i>Pole wyliczane przez pracowników upoważnionych do CST</i> )	
9.	<b>Wykształcenie:</b> <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) w sytuacji, gdy osoba nie osiągnęła wykształcenia podstawowego <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)	
10.	<b>Województwo:</b> <input type="checkbox"/> małopolskie	
11.	<b>Powiat:</b>	
12.	<b>Gmina:</b>	



Lp.	NAZWA		
13.	<b>Miejscowość:</b>		
14.	<b>Ulica:</b>		
15.	<b>Nr budynku:</b>	16.	<b>Nr lokalu:</b>
17.	<b>Kod pocztowy:</b>		
18.	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i>		
19.	<b>Telefon kontaktowy:</b>		
20.	<b>Adres email:</b>		
21.	<b>Data rozpoczęcia udziału w projekcie</b> <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i>		
22.	<b>Data zakończenia udziału w projekcie</b> <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i>		
23.	<b>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:</b> <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca		
24.	<b>Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia - Nie dotyczy</b>		
25.	<b>Wykonywany zawód</b> (dotyczy tylko osób zatrudnionych): <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek		



Lp.	NAZWA
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie  <input type="checkbox"/> inne
26.	<b>Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia)</b> <i>(dotyczy tylko osób zatrudnionych)</i>
27.	<b>Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie</b> <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i>
28.	<b>Inne rezultaty dotyczące osób młodych</b> <i>(dotyczy IZM - Inicjatywy na rzecz Zatrudnienia Młodych)</i> Nie dotyczy
29.	<b>Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa:</b> <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i>
30.	<b>Rodzaj przyznanego wsparcia</b> <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i>
31.	<b>Data rozpoczęcia udziału we wsparciu</b> <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i>
32.	<b>Data zakończenia udziału we wsparciu</b> <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i>
33.	<b>Data założenia działalności gospodarczej</b> <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i> Nie dotyczy
34.	<b>Kwota przyznaných środków na założenie działalności gospodarczej</b> <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i> Nie dotyczy
35.	<b>PKD założonej działalności gospodarczej</b> <i>(wypełnia pracownik upoważniony do CST)</i> Nie dotyczy
36.	<b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b> <input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE  <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
37.	<b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
38.	<b>Osoba z niepełnosprawnościami:</b> <input type="checkbox"/> TAK



Lp.	NAZWA
	<input type="checkbox"/> NIE
39.	<b>Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
40.	<b>w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> nie dotyczy
41.	<b>Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
42.	<b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji