

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

DANE DOTYCZĄCE MATKI

1. Imię | Nazwisko

2. Data urodzenia

3. PESEL

4. Płeć

Kobieta Mężczyzna

5. Adres zamieszkania

6. Dzielnica zamieszkania

- Białołęka Żoliborz Targówek Śródmieście Rembertów Wesoła
 Bielany Wola Praga Północ Ochota Mokotów Wawer
 Bemowo Ursus Praga Południe Włochy Ursynów Wilanów
 Inne

7. Kod pocztowy | Miejscowość

8. Województwo

9. Matka samotnie wychowująca dziecko w wieku 4-12 lat

- Tak
 Nie

10. Telefone-mail

11. Wykształcenie

- Podstawowe
 Gimnazjalne Zawodowe Średnie Policealne Wyższe

12. Zatrudnienie

- Nieaktywny zawodowo Poszukujący pracy niezatrudniony Bezrobotny
- Zatrudniony ZAZ Poszukujący pracy zatrudniony Zatrudniony ZPCh
- Zatrudniony na otwartym rynku pracy Nie dotyczy

13. Rodzina kwalifikuje się do korzystania ze świadczeń z pomocy społecznej. Może korzystać z pomocy Ośrodków Pomocy Społecznej – w tym edukacja, pomoc nie finansowa.

- Tak
- Nie

14. Rodzina korzysta ze świadczeń pomocy społecznej

- Tak
- Nie

15. Czy rodzina korzysta z pomocy w formie paczek żywnościowych w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020

- Tak Nie

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA

1. Imię | Nazwisko

2. Data urodzenia

3. PESEL

4. Płeć

- Kobieta Mężczyzna

5. Adres zamieszkania

6. Dzielnica zamieszkania

- Białołęka Żoliborz Targówek Śródmieście Rembertów Wesoła
- Bielany Wola Praga Północ Ochota Mokotów Wawer



<input type="checkbox"/> Bemowo <input type="checkbox"/> Ursus <input type="checkbox"/> Praga Południe <input type="checkbox"/> Włochy <input type="checkbox"/> Ursynów <input type="checkbox"/> Wilanów <input type="checkbox"/> Inne
7. Kod pocztowy Miejscowość
8. Województwo
9. Stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Orzeczenie o niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Orzeczenie bez stopnia niepełnosprawności
10. Rodzaj niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Autyzm <input type="checkbox"/> Zespół Aspergera <input type="checkbox"/> Choroby psychiczne <input type="checkbox"/> Narząd ruchu <input type="checkbox"/> Narząd słuchu <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność sprzężona <input type="checkbox"/> Narząd wzroku <input type="checkbox"/> Ogólny stan zdrowia <input type="checkbox"/> Upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> Inne
11. Preferowany termin udziału w turnusie <input type="checkbox"/> Lipiec <input type="checkbox"/> Sierpień <input type="checkbox"/> Bez znaczenia

.....
Data i podpis uczestniczki projektu

.....
Data i podpis osoby przyjmujące