



Nr beneficjenta

Data rejestracji

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Przed przystąpieniem do wywiadu proszę wypełnić poniższy formularz. Proszę nie opuścić żadnego punktu. W przypadku kategorii do wyboru proszę wstawić w odpowiednim miejscu znak X.

1. Imię.....

2. Nazwisko.....

3. Data urodzenia: (dd)..... (mm)..... (rrrr).....

4. PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:.....
.....

6. Adres zamieszkania:

Ulica.....

Nr domu..... nr mieszkania..... kod pocztowy.....

Miejscowość.....

Powiat..... województwo.....

7. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania):

Ulica.....

Nr domu..... nr mieszkania..... kod pocztowy.....

Miejscowość.....

8. Telefon: stacjonarny..... komórkowy.....

9. Adres e-maili.....

10. Imiona rodziców:

11. Rejestracja w Urzędzie Pracy TAK NIE

Status: Bezrobotny Poszukujący pracy

12. Ubezwłasnowolnienie TAK NIE

Całkowicie Częściowo

13. Beneficjent pobiera rentę TAK NIE

Socjalna Rodzinna Zbieżność rent (socj. +rodz.) Wypracowana (inwalidzka)





14. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:

- niepełnosprawność w stopniu lekkim
- niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym
- niepełnosprawność w stopniu znacznym

Symbol przyczyny niepełnosprawności:

Organ wydający orzeczenie:

Data ważności orzeczenia

15. Wykształcenie (jeśli było to wykształcenie realizowane w szkole specjalnej proszę wpisać obok literę „S”):

- Podstawowe nieukończone
- Podstawowe ukończone
- Gimnazjalne nieukończone
- Gimnazjalne ukończone
- Zasadnicze zawodowe
- Licealne nieukończone
- Licealne ukończone
- Pomaturalne
- Inne, jakie

Placówki (szkoły, ośrodki, warsztaty), do których uczęszczał lub uczęszcza klient	Data Rozpocz.	Data Zakończen.	Uwagi
Ukończone kursy, szkolenia	Data rozpocz.	Data zakończen	Uwagi

16. Doświadczenie zawodowe





Miejsce pracy (nazwa i adres firmy)	P – praktyka S – staż Z – zatrudnienie	Stanowisko lub zakres wykonywanych czynności	Czas trwania (od – do)

17. W jaki sposób klient znalazł poprzednią pracę:.....

.....

Jeśli osoba była wcześniej zatrudniona – dlaczego ustało zatrudnienie:.....

.....

.....

18. Stan zdrowia:

Ogólny stan zdrowia:.....

.....

.....

.....

-epilepsja:.....

.....

-alergia (na co).....

.....

-wady serca.....

.....

-niedowłady.....

.....

-wady słuchu.....

.....

-wady wzroku.....

.....

-inne.....

.....

Dla osób z epilepsją:

Jak często występują ataki:.....

.....

W jaki sposób przebiega atak:.....

.....





.....
Jakie bodźce wywołują atak (na co jest wrażliwy):.....

.....
Jak przebiega atak:.....

.....
Czy potrafi poinformować otoczenie o potrzebach związanych z udzieleniem pomocy
podczas ataku i po:.....

.....
- Przyjmowane leki:.....

.....
- Przebyte choroby, operacje, wypadki:.....

.....
-Uczestnictwo w rehabilitacji (forma i zakres):.....

.....
19. Klient jest zainteresowany pracą na:

wolontariat 1/4 etatu 1/2 etatu 3/4 etatu pełen etat

Inne.....

Uwagi:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(czytelny podpis osoby wypełniającej formularz)

