|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY** |
| **DANE DOTYCZĄCE MATKI** |
| 1. Imię | Nazwisko |
| 1. Data urodzenia |
| 1. PESEL |
| 1. Płeć   □ Kobieta □ Mężczyzna |
| 1. Adres zamieszkania |
| 1. Dzielnica zamieszkania   □ Białołęka □ Żoliborz □ Targówek □ Śródmieście □ Rembertów □ Wesoła  □ Bielany □ Wola □ Praga Północ □ Ochota □ Mokotów □ Wawer ……………...  □ Bemowo □ Ursus □ Praga Południe □ Włochy □ Ursynów □ Wilanów …………...  □ Inne …... |
| 1. Kod pocztowy | Miejscowość |
| 1. Województwo |
| 1. Matka samotnie wychowująca dziecko w wieku 4-12 lat   □ Tak  □ Nie |
| 1. Telefon ……………………………………….e-mail |
| 1. Wykształcenie   □ Podstawowe  □ Gimnazjalne □ Zawodowe □ Średnie □ Policealne □ Wyższe |
| 1. Zatrudnienie   □ Nieaktywny zawodowo □ Poszukujący pracy niezatrudniony □ Bezrobotny  □ Zatrudniony ZAZ □ Poszukujący pracy zatrudniony □ Zatrudniony ZPCh  □ Zatrudniony na otwartym rynku pracy □ Nie dotyczy |
| 1. 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 |
| 1. Rodzina korzysta ze świadczeń pomocy społecznej   □ Tak  □ Nie |
| 1. 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 |
| * 1. Data urodzenia |
| * 1. PESEL |
| 4. Płeć  □ Kobieta □ Mężczyzna |
| 1. Adres zamieszkania |
| 1. Dzielnica zamieszkania   □ Białołęka □ Żoliborz □ Targówek □ Śródmieście □ Rembertów □ Wesoła  □ Bielany □ Wola □ Praga Północ □ Ochota □ Mokotów □ Wawer ……………...  □ Bemowo □ Ursus □ Praga Południe □ Włochy □ Ursynów □ Wilanów …………...□ Inne …...................................... |
| 1. Kod pocztowy | Miejscowość |
| 8. Województwo |
| 1. Stopień niepełnosprawności   □ Orzeczenie o niepełnosprawności  □ Orzeczenie bez stopnia niepełnosprawności |
| 1. Rodzaj niepełnosprawności   □ Autyzm □ Zespół Aspergera □ Choroby psychiczne  □ Narząd ruchu □ Narząd słuchu □ Niepełnosprawność sprzężona  □ Narząd wzroku □ Ogólny stan zdrowia □ Upośledzenie umysłowe  □ Inne ………… |
| 1. Preferowany termin udziału w turnusie   □ Lipiec  □ Sierpień  □ Bez znaczenia |

***………………………………..……………………………..***

***Data i podpis uczestniczki projektu***

***…………………………………………….***

***Data i podpis osoby przyjmujące***