WNIOSEK

o udzielenie wsparcia w ramach trwałości projektu Grantowego pt. „POMORSKIE DZIECIOM”

Wypełnia PCPR w Malborku

Numer wniosku	PCPR.PD.081. …. .2023

DANE UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI

Dane uczestnika/czki:			
Imię/Imiona			
Nazwisko			
PESEL			
Płeć	☐ kobieta	☐ mężczyzna	
Piecza zastępcza	☐ rodzinna	☐ instytucjonalna	
Wykształcenie	☐ niższe niż podstawowe	☐ podstawowe	☐ gimnazjalne
	☐ ponadgimnazjalne	☐ policealne	☐ wyższe
Dane kontaktowe:			
Województwo			
Powiat			
Gmina			
Miejscowość			
Kod pocztowy			
Ulica			
Nr budynku i nr lokalu			
Telefon kontaktowy			
Adres e-mail			

Status uczestnika/czki na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu		
Osoba bezrobotna w tym:	☐ TAK	☐ NIE
	☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ☐ osoba długotrwale bezrobotna ☐ inne ☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ☐ osoba długotrwale bezrobotna ☐ inne	

Osoba bierna zawodowo	☐ TAK	☐ NIE
w tym:	☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ osoba ucząca się ☐ inne	
Osoba pracująca	☐ TAK	☐ NIE
w tym:	☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ osoba pracująca w MMŚP (mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie) ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ☐ inne	
Wykonywany zawód		
Nazwa instytucji/podmiotu, w której uczestnik/czka jest zatrudniony/a		

Status uczestnika/czki w chwili przystąpienia do projektu

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	□ TAK	□ NIE	□ odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	□ TAK		□ NIE
Osoba z niepełnosprawnościami	□ TAK	□ NIE	□ odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	□ TAK	□ NIE	□ odmowa podania informacji

Rodzaj wsparcia, z którego chce skorzystać uczestnik/czka

Zapewnienie korepetycji i wsparcia w nauce	□ TAK	□ NIE
Specjalistyczne poradnictwo rodzinne	□ TAK	□ NIE
Specjalistyczne wsparcie psychologiczne i psychiatryczne	□ TAK	□ NIE
Bon Edukacyjny	□ TAK	□ NIE
Warsztat Edukacyjny	□ TAK	□ NIE
Superwizja	□ TAK	□ NIE

……
(miejscowość i data)

……
(czytelny podpis opiekuna dziecka / uczestnika)