



**ANKIETA REKRUTACYJNA**  
**do Projektu „SZANSA NA LEPSZE ŻYCIE”,**  
**realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki,**  
**Priorytetu VII - Promocja integracji społecznej,**  
**Działania 7.1 - Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji,**  
**Poddziałania 7.1.1 - Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji przez ośrodki**  
**pomocy społecznej, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków**  
**Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowanego w 2012 roku**

*Szanowni Państwo, Wypełnioną ankietę wraz z wstępną deklaracją Uczestnictwa prosimy o dostarczenie do pracowników socjalnych, lub do Pani Lidii Pawłowskiej – siedziba MGOPS Krotoszyn. Wypełnioną Ankietę można także przesłać na adres poczty elektronicznej – [mgops@krotoszyn.pl](mailto:mgops@krotoszyn.pl)*

**1. DANE PODSTAWOWE:**

|                                                                                                   |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Nazwisko</b>                                                                                   |                          |
| <b>Imiona</b>                                                                                     |                          |
| <b>Płeć</b>                                                                                       |                          |
| <b>Wiek (w chwili przystąpienia do Projektu)</b>                                                  |                          |
| <b>Data i miejsce urodzenia</b>                                                                   |                          |
| <b>Nr PESEL</b>                                                                                   |                          |
| <b>Nr NIP (nie jest wymagany)</b>                                                                 |                          |
| <b>Nr dowodu osobistego</b>                                                                       |                          |
| <b>Adres zamieszkania</b>                                                                         | <b>Miejscowość:</b>      |
|                                                                                                   | <b>Powiat:</b>           |
|                                                                                                   | <b>Województwo:</b>      |
|                                                                                                   | <b>Ulica:</b>            |
|                                                                                                   | <b>Nr domu:</b>          |
|                                                                                                   | <b>Nr mieszkania:</b>    |
|                                                                                                   | <b>Kod pocztowy:</b>     |
| <b>Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż adres zamieszkania)</b> | <b>Numer mieszkania:</b> |
|                                                                                                   | <b>Miejscowość:</b>      |
|                                                                                                   | <b>Powiat:</b>           |
|                                                                                                   | <b>Województwo:</b>      |
|                                                                                                   | <b>Ulica:</b>            |
|                                                                                                   | <b>Nr domu:</b>          |
|                                                                                                   | <b>Nr mieszkania:</b>    |
| <b>Nr telefonu domowego</b>                                                                       | <b>Kod pocztowy:</b>     |
|                                                                                                   | <b>Numer mieszkania:</b> |
| <b>Nr telefonu komórkowego</b>                                                                    |                          |
| <b>Adres email</b>                                                                                |                          |
| <b>Obszar (niewłaściwe skreślić)</b>                                                              | <b>Miejski</b>           |
|                                                                                                   | <b>Wiejski</b>           |



## 2. STATUS NA RYNKU PRACY (zaznaczyć wstawiając znak X)

**OŚWIADCZAM, że jestem osobą:**

|    |                                                                                                                        |  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. | <b>Zatrudnioną</b> ( tzn. osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, zlecenia, dzieło, spółdzielczej umowy o pracę) |  |
| 2. | <b>Bezrobotną</b> (właściwe zaznaczyć znakiem X)                                                                       |  |
|    | zarejestrowaną we właściwym dla miejsca zameldowania stałego lub czasowego powiatowym urzędzie pracy                   |  |
|    | niezarejestrowaną w powiatowym urzędzie pracy                                                                          |  |
|    | w tym: długotrwale bezrobotną (tzn. będącą bezrobotną łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat) |  |
| 3. | <b>Samozatrudnioną</b>                                                                                                 |  |
| 4. | <b>Rolnikiem</b>                                                                                                       |  |
| 5. | <b>Nieaktywną zawodowo</b> (osoba niezatrudniona i niebędąca osobą bezrobotną np. osoba ucząca się lub kształcąca)     |  |

## 3. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA (zaznaczyć wstawiając znak X)

|                                                          |  |
|----------------------------------------------------------|--|
| Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności                 |  |
| Mam problem z poruszaniem się, lecz nie potrzebuję wózka |  |
| Poruszam się samodzielnie na wózku                       |  |
| Wymagam wsparcia asystenta / opiekuna                    |  |
| Inne specjalne wymagania (wymienić)                      |  |
| .....                                                    |  |

## 4. STRUKTURA RODZINY (zaznaczyć wstawiając znak X)

|    |                                                                                |  |
|----|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. | <b>Osoba samotnie gospodarująca</b><br>(zaznaczyć znakiem X, jeśli dotyczy)    |  |
| 2. | <b>Rodzina pełna</b> składająca się z<br>(proszę wpisać liczbę osób) w tym:    |  |
|    | - dzieci do lat 7                                                              |  |
|    | - dzieci od 7 lat do 15 lat                                                    |  |
|    | - dzieci od 15 lat do 18 lat                                                   |  |
|    | -inni członkowie rodziny, będące na utrzymaniu                                 |  |
| 3. | <b>Rodzina niepełna</b> składająca się z<br>(proszę wpisać liczbę osób) w tym: |  |
|    | - dzieci do lat 7                                                              |  |
|    | - dzieci od 7 lat do 15 lat                                                    |  |
|    | - dzieci od 15 lat do 18 lat                                                   |  |
|    | -inni członkowie rodziny, będące na utrzymaniu                                 |  |



**5. WYKSZTAŁCENIE** (właściwe zaznaczyć znakiem X)

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Brak                     |  |
| Niepełne podstawowe      |  |
| Podstawowe               |  |
| Gimnazjalne              |  |
| Ponadgimnazjalne         |  |
| Zasadnicze zawodowe      |  |
| Średnie zawodowe         |  |
| Średnie ogólnokształcące |  |
| Wyższe zawodowe          |  |
| Wyższe                   |  |

**6. NAJWIĘKSZE PRZESZKODY W PODJĘCIU ZATRUDNIENIA NA OTWARTYM RYNKU PRACY**

(proszę zaznaczyć maksymalnie 3 odpowiedzi, wstawiając w odpowiednim miejscu znak X)

|                                                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|
| Brak doświadczenia zawodowego                                         |  |
| Brak specyficznych umiejętności np. brak prawa jazdy kat. B i (lub) C |  |
| Brak umiejętności obsługi komputera                                   |  |
| Brak umiejętności poruszania się po rynku pracy                       |  |
| Konieczność opieki nad dzieckiem                                      |  |
| Konieczność opieki nad osobą starszą                                  |  |
| Nieodpowiedni kierunek wykształcenia                                  |  |
| Nieodpowiedni poziom wykształcenia                                    |  |
| Nieodpowiednie kwalifikacje zawodowe                                  |  |
| Niepełnosprawność                                                     |  |
| Niskie kwalifikacje zawodowe                                          |  |
| Ograniczony dostęp do informacji o ofertach pracy                     |  |
| Problemy w kontaktach z potencjalnym pracodawcą                       |  |
| Inne (proszę wskazać jakie?)                                          |  |

**7. MOTYWY PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU PN. „SZANSA NA LEPSZE ŻYCIE”** (zaznaczyć wstawiając znak X – można zaznaczyć więcej pozycji niż jedną)

|                                                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|
| Chęć nabycia wiedzy z zakresu edukacji                                  |  |
| Chęć nabycia, podniesienia kompetencji i umiejętności społecznych       |  |
| Chęć nabycia, podniesienia kompetencji i umiejętności zawodowych        |  |
| Chęć podniesienia poziomu wiedzy i podwyższenia kwalifikacji zawodowych |  |
| Chęć zaplanowania swojej przyszłości                                    |  |
| Chęć zmiany swojego życia, sytuacji społecznej i zawodowej              |  |
| Możliwość poprawy stanu zdrowia                                         |  |
| Nabywanie nowych umiejętności związanych z wejściem na rynek pracy      |  |
| Inne (wskazać jakie?)                                                   |  |



8. **W JAKIM KURSIE CHCIAŁBY PAN / PANI BEZPŁATNIE UCZESTNICZYĆ BEZPŁATNIE CELEM PODNIESIENIA SWOICH KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH OCZEKIWANIA ZWIĄZANE Z UDZIAŁEM W PROJEKCIE?** (zaznaczyć wstawiając znak X – można zaznaczyć dwie pozycje)

|                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------|--|
| Brukarz                                                      |  |
| Kurs na licencję ochrony I stopnia                           |  |
| Lakiernik samochodowy                                        |  |
| Magazynier z obsługą komputera i wózków jezdniowych          |  |
| Monter instalacji i urządzeń sanitarnych                     |  |
| Opiekun osoby starszej z nauką języka angielskiego           |  |
| Opiekun osoby starszej z nauką języka niemieckiego           |  |
| Posadzkarz, parkieciarz i glazurnik                          |  |
| Prawo jazdy kategorii B                                      |  |
| Prawo jazdy kategorii C                                      |  |
| Prawo jazdy kategorii C z kwalifikacją wstępną przyśpieszoną |  |
| Profesjonalne sprzątanie                                     |  |
| Przedstawiciel handlowy z nauką języka angielskiego          |  |
| Przedstawiciel handlowy z nauką języka niemieckiego          |  |
| Spawacz lub zawód pokrewny                                   |  |
| Inne (wskazać jakie?) .....                                  |  |

9. **CZY BYŁ (BYŁA) PAN (PANI) OBJĘTY (A) WSPARCIEM W OKRESIE OD 2008 R. DO 2011 R. W RAMACH PROJEKTÓW SYSTEMOWYCH W OŚRODKU POMOCY SPOŁECZNEJ?** (zaznaczyć wstawiając znak X )

|                                                                                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| TAK                                                                                                             |  |
| NIE                                                                                                             |  |
| Jeśli TAK to z jakiego kursu Pan (Pani) korzystał (a)? (proszę wymienić w którym roku i z jakiego kursu?) ..... |  |

10. **ŹRÓDŁO INFORMACJI O PROJEKCIE** (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Internet                    |  |
| MGOPS Krotoszyn             |  |
| Ogłoszenia w prasie         |  |
| Plakaty                     |  |
| Powiatowy Urząd Pracy       |  |
| Przekaz słowny              |  |
| Ulotki                      |  |
| Urząd Miejski w Krotoszynie |  |
| Inne (jakie?) .....         |  |



**UWAGI KANDYDATA:** np. Czy istnieje konieczność zapewnienia opieki nad dziećmi, osobą starszą?

1. **Oświadczam**, że dane podane w Ankiecie Rekrutacyjnej są zgodne z prawdą.
2. **Oświadczam**, że Jestem Świadomy – Świadoma o odpowiedzialności karnej za składanie informacji niezgodnych z prawdą.
3. Jednocześnie dobrowolnie wyrażam **Zgodę na gromadzenie, przetwarzania i przekazywanie moich danych osobowych** zawartych w Ankiecie Rekrutacyjnej zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) do celów związanych z realizacją Projektu „Szansa na lepsze życie”, w szczególności z rekrutacją, monitoringiem, ewaluacją, sprawozdawczością i kontrolą Projektu oraz w przyszłości, pod warunkiem że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.
4. Ponadto **Oświadczam**, że Zostałem - Zostałam poinformowany (a) o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz możliwości ich poprawiania.
5. **Oświadczam** także, że zostałem / zostałam poinformowany (a), że Projekt „Szansa na lepsze życie” jest współfinansowany z budżetu państwa oraz ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Priorytet VII - Promocja integracji społecznej, Działanie 7.1 - Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji, Poddziałanie 7.1.1 - Rozwój i upowszechnianie aktywnej integracji przez ośrodki pomocy społecznej.
6. **Oświadczam, że Deklaruję chęć uczestnictwa w Projekcie „Szansa na lepsze życie” realizowanym przez Miejsko Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Krotoszynie w 2012 roku.**

.....  
(data i czytelny podpis osoby biorącej udział w badaniu ankietowym)