



| | |
|-----------------------|--|
| Data wpływu | |
| Nr ewidencyjny | |

wypełnia realizator projektu

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA OSOBY FIZYCZNEJ / WYZNACZONEJ
Z PODMIOTU EKONOMII SPOŁECZNEJ/ INSTYTUCJI**
do projektu „Sieć Zachodniopomorska Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej
- Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej dla regionu szczecińskiego”

| | | |
|----|---|---|
| 1 | Imię | |
| 2 | Nazwisko | |
| 3 | Reprezentuję podmiot ekonomii społecznej | <input type="checkbox"/> tak (nazwa) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| 4 | Miejsce zamieszkania (ulica, nr domu/lokalu, kod pocztowy, miejscowość) | |
| 5 | Gmina/Powiat | / |
| 6 | Telefon kontaktowy | |
| 7 | Adres poczty elektronicznej | |
| 8 | PESEL | |
| 9 | Płeć | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |
| 10 | Wykształcenie | <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (średnie lub zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> policealne (wyższe niż średnie, ale nie wyższe) <input type="checkbox"/> wyższe |
| 11 | Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym, w którym nikt nie pracuje, łącznie ze mną (<i>bez osób pracujących</i>) | <input type="checkbox"/> tak, w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 12 | Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu (<i>samotny rodzic</i>) | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 13 | Osoba z niepełnosprawnościami (<i>załączyć ksero zaświadczenia o niepełnosprawności - jeśli dotyczy</i>) | <input type="checkbox"/> tak, w tym: <input type="checkbox"/> o znacznym lub umiarkowanym stopniu <input type="checkbox"/> z niepełnosprawnościami sprzężonymi / niepełnosprawnością intelektualną / z zaburzeniami psychicznymi <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| 14 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 15 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |

"Sieć Zachodniopomorska Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej
- Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej dla regionu szczecińskiego"

| | | |
|----|--|--|
| 16 | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wykazane powyżej) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoby korzystające ze świadczeń z pomocy lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dn. 12.03.2004 o pomocy społecznej; z powodu m.in: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ubóstwa <input type="checkbox"/> sieroctwa <input type="checkbox"/> bezdomności <input type="checkbox"/> bezrobocia <input type="checkbox"/> niepełnosprawności <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby <input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych/wielodzietnych <input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w RP status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba, która podlega wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie jest w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajduje się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dn. 13.06.2003 o zatrudnieniu socjalnym, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej <input type="checkbox"/> uzależniona od alkoholu <input type="checkbox"/> uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających <input type="checkbox"/> chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy <input type="checkbox"/> zwalniana z zakładu karnego, mająca trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej <input type="checkbox"/> uchodźca realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej <input type="checkbox"/> osoba niepełnosprawna, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9.06.2011 o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; <input type="checkbox"/> osoba nieletnia, wobec którego zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dn. 26.10.1982 o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U.2014, p.382); <input type="checkbox"/> osoba przebywająca w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o której mowa w ustawie z dnia 7.09.1991 o systemie oświaty (Dz.U.2004, p.2572 z późn. zm.); |
|----|--|--|



| | | |
|----|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością , o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością; <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zakwalifikowana do III profilu pomocy , zgodnie z ustawą z dnia 20.04.2004 o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2015, p. 149 z późn. zm.); <input type="checkbox"/> osoba niesamodzielna (tj., która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego) <input type="checkbox"/> osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (tj. pobierająca pomoc w formie paczek) <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| 17 | Jestem osobą, która korzystała ze wsparcia w ramach Pi 9i, czyli innego projektu dot. integracji społecznej (w latach 2014-2020) | <input type="checkbox"/> tak - tytuł projektu/instytucja udzielająca wsparcia – realizator <input type="checkbox"/> nie |
| 18 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w rejestrze urzędu pracy <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> w tym inne <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> w tym inne <input type="checkbox"/> osoba nieaktywna zawodowo <input type="checkbox"/> w tym osoba ucząca się, (np. student) <input type="checkbox"/> w tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> w tym inne, np. <input type="checkbox"/> emeryt <input type="checkbox"/> rencista <input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym w: <input type="checkbox"/> administracji rządowej <input type="checkbox"/> administracji samorządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> MMŚP (przedsiębiorstwie do 249 pracowników) <input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie (powyżej 249 pracowników) <input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> inne |
| 19 | Miejsce zatrudnienia (jeśli dotyczy - wpisać nazwę) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| 20 | Wykonywany zawód | <input type="checkbox"/> instruktor/ka praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel/ka kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel/ka wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel/ka kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik/ca instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik/ca instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik/ca systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik/ca ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik/ca poradni psychologiczno - pedagogicznej <input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> nie dotyczy |



| | | |
|----|---|---|
| 21 | Zapotrzebowanie na dodatkowe wsparcie na zasadach określonych w Regulaminie Sieci Zachodniopomorskich Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej | opieka nad osobą zależną (na podstawie odrębnego wniosku o udzielenie wsparcia) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie zwrot kosztów podróży (na podstawie odrębnego wniosku o udzielenie wsparcia) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
|----|---|---|

Ja niżej podpisany/a potwierdzam prawdziwość podanych przeze mnie danych zawartych w niniejszym dokumencie, jak również w innych dokumentach dotyczących udzielanego wsparcia i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach w tym np. o zmianie: nr telefonu, adresu, statusu na rynku pracy.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z przepisów z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy, w związku z art. 75 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego i oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikacyjne i zapoznałem/am się z Regulaminem Sieci Zachodniopomorskiej Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej i przyjmuję jego warunki bez zastrzeżeń.

Data pierwszego wsparcia...../...../.....r.
(podpis)

Załączniki:

.....

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

1. Deklaruję uczestnictwo w projekcie „**Sieć Zachodniopomorska Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej - OŚRODEK WSPARCIA EKONOMII SPOŁECZNEJ DLA REGIONU SZCZECIŃSKIEGO**” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Działanie 7.3.
2. Deklaruję, że w wyniku działań prowadzonych w ramach wspomnianego projektu planuję podjąć kroki w celu utworzenia podmiotu ekonomii społecznej/rozwoju podmiotu ekonomii społecznej/rozwoju sektora ekonomii społecznej w regionie.
3. Zobowiązuję się do:
 - udziału w przeprowadzonej diagnozie potrzeb, mającej na celu opracowanie indywidualnej ścieżki wsparcia w ramach Sieci Zachodniopomorskiej Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej - Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej dla regionu szczecińskiego;
 - regularnego uczestnictwa w proponowanym wsparciu, w tym w spotkaniach, zajęciach szkoleniowych, doradczych zgodnie z wyznaczoną ścieżką wsparcia;
 - wypełniania dokumentów związanych z realizacją działań projektowych oraz ankiet niezbędnych w procesie monitorowania projektu;
 - udziału w badaniu ewaluacyjnym w trakcie i po zakończeniu realizacji projektu;
 - informowania o efektach osiągniętych po zakończeniu realizacji projektu, związanych bezpośrednio z udzielonym wsparciem.
 - dostarczenia dokumentów poświadczających podjęcie zatrudnienia w trakcie trwania projektu lub w okresie do 3 miesięcy po jego zakończeniu.
4. Zostałam/em poinformowany, że przysługują mi:
 - bezpłatne szkolenia (podstawowe/specjalistyczne/eksperckie) i bezpłatne materiały szkoleniowe;
 - bezpłatne wsparcie doradcze (podstawowe/specjalistyczne/biznesowe) i animacyjne;
 - catering na szkoleniach/wsparciu doradczym
 - inne - zgodnie z ofertą OWES.

.....
miejsce, data

.....
podpis uczestnika/czki projektu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Sieć Zachodniopomorska Ośrodków Wspierania Ekonomii Społecznej – Ośrodek Wspierania Ekonomii Społecznej dla regionu szczecińskiego” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020;
2. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 na podstawie:

w odniesieniu do zbioru Projekty RPO WZ 2014-2020:

- 1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
- 2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
- 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;

w odniesieniu do zbioru centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:

- 1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
- 2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
- 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
- 4) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;

*"Sieć Zachodniopomorska Ośrodków Wspierania Ekonomii Społecznej
- Ośrodek Wspierania Ekonomii Społecznej dla regionu szczecińskiego"*

Aktywa Plus Emilia Kowalska

71-004 Szczecin, ul. Cukrowa 8, pok. 921, tel/fax: 91 444 31 63, kom: 516 702 312
e-mail: kontakt@aktywnewes.pl www.aktywnewes.pl

3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „Sieć Zachodniopomorska Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej – Ośrodek Wsparcia dla regionu szczecińskiego”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 (RPO WZ 2014-2020);
4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzki Urząd Pracy w Szczecinie, ul. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, beneficjentowi realizującemu projekt i partnerom - Koszalińska Agencja Rozwoju Regionalnego S.A., ul. Przemysłowa 8, 75-216 Koszalin; Fundacja Nauka dla Środowiska, ul. Raclawicka 15-17, 75-620 Koszalin; Gmina Miejska Wałcz, Plac Wolności 1, 78-600; 4C Centrum Ekonomii Społecznej Spółka z o.o., ul. Adama Asnyka 9/17, 71-526 Szczecin; Aktywa Plus Emilia Kowalska, ul. Bolesława Śmiałego nr 39/2, 70-351 Szczecin; Fundacja Pod Aniołem, ul. Zacisze 1b/4, 73-110 Dobrzany; Gmina Pyrzyce, Plac Ratuszowy 1, 74-200 Pyrzyce oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu; moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego¹, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta; moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020;
5. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
6. w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji;
7. w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy;
8. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.
9. udzielam realizatorom projektu nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzenia. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z ich działalnością i celami.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika/czki projektu

¹ Powierzający oznacza Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego, który jako administrator danych osobowych powierzył Instytucji Pośredniczącej w drodze odrębnego Porozumienia w sprawie powierzenia Instytucji Pośredniczącej przetwarzania danych osobowych w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 przetwarzanie danych osobowych ze zbiorów: (1) Projekty RPO WZ 2014-2020, (2) Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.

DANE UZUPEŁNIANIE PRZEZ REALIZATORA PROJEKTU

| | | |
|----|---|---|
| 1 | Rodzaj uczestnika/uczestniczki | |
| 2 | Data rozpoczęcia udziału w projekcie |/...../.....r. |
| 3 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | |
| 4 | Data zakończenia udziału w projekcie |/...../.....r. |
| 5 | Zakończenie udziału zgodnie z zaplanowaną ścieżką uczestnictwa | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 6 | Rodzaj przyznanego wsparcia | |
| 7 | Data rozpoczęcia udziału we wsparciu |/...../.....r. |
| 8 | Data zakończenia udziału we wsparciu |/...../.....r. |
| 9 | Data założenia działalności gospodarczej (jeśli dotyczy) |/...../.....r. |
| 10 | Kwota przyznaných środków na założenie działalności gospodarczej | |
| 11 | PKD założonej działalności | |
| 12 | Obszar (wg stopnia urbanizacji DEGURBA) | <input type="checkbox"/> obszar gęsto zaludniony – kod klasyfikacji 1 <input type="checkbox"/> obszar o średniej gęstości – kod klasyfikacji 2 <input type="checkbox"/> obszar słabo zaludniony – kod klasyfikacji 3 |
| 13 | Obszar zamieszkania | <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski |
| 14 | Status osoby na rynku pracy w chwili zakończenia udziału w projekcie (w przypadku zmiany wymagane jest załączenie dokumentu poświadczającego) | <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w rejestrze urzędu pracy <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> w tym inne <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> w tym inne <input type="checkbox"/> nieaktywny/a zawodowo <input type="checkbox"/> w tym osoba ucząca się <input type="checkbox"/> w tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> w tym inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym w: <input type="checkbox"/> administracji rządowej <input type="checkbox"/> administracji samorządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> MMŚP <input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie (powyżej 249 pracowników) <input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Inne |
| 15 | Miejsce zatrudnienia (jeśli dotyczy) | |