**KWESTIONARIUSZ SPOTKANIA MERYTORYCZNEGO Z KANDYDATEM DO PROJEKTU
„Aktywizacja społeczna mieszkańców powiatu wejherowskiego”**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Data urodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. MOTYWACJA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**
1.1. Co skłoniło Pana/Panią do zgłoszenia się do projektu?
a) Chęć podniesienia kwalifikacji zawodowych
b) Możliwość zdobycia nowego zatrudnienia
c) Chęć rozwoju osobistego
d) Inne (proszę określić): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1.2. Jakie są Pana/Pani oczekiwania wobec projektu?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.3. Czy wcześniej brał(a) Pan/Pani udział w podobnych projektach? TAK/NIE
Jeśli tak, proszę podać nazwę i rok realizacji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. STATUS NA RYNKU PRACY** 2.1. Obecny status zawodowy:
a) Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy
b) Osoba bezrobotna niezarejestrowana
c) Osoba pracująca
d) Osoba bierna zawodowo, w tym ucząca się TAK/NIE, jeśli TAK – planowana data zakończenia edukacji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2.2. Czy aktualnie poszukuje Pan/Pani pracy? TAK/NIE
2.3. Jaki jest Pana/Pani ostatni wykonywany zawód i stanowisko?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.4. Czy posiada Pan/Pani doświadczenie zawodowe? TAK/NIE
Jeśli tak, proszę określić branżę i okres zatrudnienia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** (jeśli dotyczy)
3.1. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? TAK/NIE
3.2. Jeśli tak, proszę określić stopień:
a) Lekki
b) Umiarkowany
c) Znaczny

3.4. Czy wymaga Pan/Pani specjalnych dostosowań podczas udziału w projekcie? TAK/NIE
Jeśli tak, proszę podać szczegóły: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. STATUS MIESZKANIOWY**

 4.1. Jak określił(a)by Pan/Pani swoją sytuację mieszkaniową?
a) Własne mieszkanie/dom
b) Wynajmowane mieszkanie
c) Przebywam w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka lub placówce opiekuńczo – wychowawczej.
d) Inne (proszę określić): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.2. Jeśli nie posiada Pan/Pani własnego mieszkania lub nie mieszka samodzielnie:
a) Czy w przeciągu najbliższych 9 miesięcy planuje Pan/Pani opuścić pieczę zastępczą? TAK/NIE
b) Czy aktualnie poszukuje Pan/Pani mieszkania? TAK/NIE

4.4. **Status programu usamodzielnienia** (zgodnie z art. 145 Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej):
a) Czy posiada Pan/Pani Indywidualny Program Usamodzielnienia? TAK/NIE
b) Czy korzysta Pan/Pani z pomocy na kontynuowanie nauki? TAK/NIE
c) Czy korzysta Pan/Pani z pomocy na usamodzielnienie? TAK/NIE
d) Czy korzysta Pan/Pani z pomocy na zagospodarowanie? TAK/NIE

**5. KURSY I CERTYFIKATY** 5.1. Czy ukończył(a) Pan/Pani jakiekolwiek kursy zawodowe lub szkolenia? TAK/NIE
Jeśli tak, proszę podać nazwy kursów oraz daty ukończenia:

5.2. Czy posiada Pan/Pani certyfikaty potwierdzające kwalifikacje zawodowe? TAK/NIE
Jeśli tak, proszę podać kwalifikację.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. INNE UWAGI KANDYDATA** 6.1. Czy posiada Pan/Pani dodatkowe potrzeby lub oczekiwania względem projektu?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis kandydata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**WERYFIKACJA**

Część formularza wypełniana przez Zespół Kwalifikacyjny

|  |  |
| --- | --- |
| Kryteria | Punktacja |
| Czy uczestnik spełnia kryteria podstawowe określone w § 3 pkt 4 Regulamin usług wspierających usamodzielnianych wychowanków pieczy zastępczej w PCPR w Wejherowie | TAK/NIE |
| Status na rynku pracy |  |
| Stopień niepełnosprawności |  |
| Status mieszkaniowy |  |
| Dodatkowe preferencje |  |

Łączna liczba uzyskanych punktów: …………………

Podpis zespołu kwalifikacyjnego ………………………..

……………………………………………………………….