

*Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* pt. „**Nasz Nowy Dom – Wspieranie rodzin i pieczy zastępczej w powiecie płońskim**”

(wypełnić drukowanymi literami lub w wersji elektronicznej)

## Informacja o uczestnikach Projektu

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** |
| 1 | Tytuł Projektu „**Nasz Nowy Dom – Wspieranie rodzin i pieczy zastępczej  w powiecie płońskim**” |
| 2 | Nr Projektu RPMA.09.02.01-14-c081/19 |
| 4 | Działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej |
| 5 | Poddziałanie 9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych |

### Dane uczestników projektu, którzy otrzymują wsparcie w ramach EFS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane uczestnika** | 1 | Imię |  | | | | | | | | | | |
| 2 | Nazwisko |  | | | | | | | | | | |
| 3 | Płeć |  | | | | | | | | | | |
| 4 | Wiek w chwili przystępowania do projektu |  | | | | | | | | | | |
| 5 | PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Wykształcenie |  | | | | | | | | | | |
| **Dane kontaktowe** | 7 | Ulica |  | | | | | | | | | | |
| 8 | Nr domu |  | | | | | | | | | | |
| 9 | Nr lokalu |  | | | | | | | | | | |
| 10 | Miejscowość |  | | | | | | | | | | |
| 11 | Obszar |  | | | | | | | | | | |
| 12 | Kod pocztowy |  | | | | | | | | | | |
| 13 | Województwo |  | | | | | | | | | | |
| 14 | Powiat |  | | | | | | | | | | |
| 15 | Telefon stacjonarny |  | | | | | | | | | | |
| 16 | Telefon komórkowy |  | | | | | | | | | | |
| 17 | Adres poczty elektronicznej  (e-mail) |  | | | | | | | | | | |
| **Dane dodatkowe** | 18 | Status osoby na rynku pracy  w chwili przystąpienia do projektu |  | | | | | | | | | | |
| 19 | Rodzaj przyznanego wsparcia |  | | | | | | | | | | |
| 20 | Data rozpoczęcia udziału  w projekcie |  | | | | | | | | | | |
| 21 | Data zakończenia udziału  w projekcie |  | | | | | | | | | | |
| 22 | Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa |  | | | | | | | | | | |
| 23 | Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 |  | | | | | | | | | | |
| 24 | Przynależność do mniejszości narodowej/etnicznej |  | | | | | | | | | | |
| 25 | Posiadanie statusu imigranta |  | | | | | | | | | | |
| 26 | Posiadanie statusu osoby niepełnosprawnej |  | | | | | | | | | | |