



## ANKIETA BENEFICJENTA

### Warsztaty Żeglarskie Osób Niepełnosprawnych 2024 r.

w terminie .....

Uwaga!!! Proszę wypełnić czytelnie wszystkie pola drukowanymi literami

PESEL											
Imię											
Nazwisko											
Województwo											
Kod Miejscowość											
Adres zam. (ulica / nr domu)											
Data urodzenia											
Płeć*	Męska					Żeńska					
Zatrudnienie*	nieaktywny zawodowo			poszukujący pracy niezatrudniony			bezrobotny				
	zatrudniony w ZAZ			poszukujący pracy zatrudniony			nie dotyczy				
	zatrudniony w ZPCH			zatrudniony na otwartym rynku pracy							
Rodzaj niepełnospr.*	autyzm		choroby psychiczne			inne przyczyny		narząd ruchu			
	narząd słuchu		narząd wzroku			niepełnosprawność sprzężona					
	ogólny stan zdrowia					upośledzenie umysłowe					
	symbol/e przyczyn niepełnospr.										
Rejestracja w PUP*	zarejestrowany w PUP					niezarejestrowany w PUP					
Stopień niepełnospr.*	lekki stopień niepełnosprawności					orzeczenie o niepełnosprawności					
	umiarkowany stopień niepełnosprawności					znaczny stopień niepełnosprawności					
Wykształcenie*	przed obowiązkiem szkolnym					niepełne podstawowe					
	Podstawowe		gimnazjalne			zawodowe					
	Średnie		policealne			wyższe					
Zamieszkanie*	miasto 20 tys. – 50 tys. Mieszkańców					miasto 50 tys. – 100 tys. mieszkańców					
	miasto do 20. tys. Mieszkańców			miasto powyżej 100 tys. miesz.			wieś				
Uczestnictwo WTZ*	absolwent WTZ			nie byłem w WTZ			uczestnik WTZ				
Uwagi*											
podpis											

\* - odpowiednie zaznacz