

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU

„Program poprawy dostępności i efektywności leczenia pozaszpitalnego dla pacjentów obciążonych raną przewlekłą - podregion sosnowiecki”

(WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE)	
NR FORMULARZA	DATA WPŁYWU

UWAGA!!!

Niniejszy Formularz należy wypełnić drukowanymi literami w języku polskim we wszystkich wymaganych polach – zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.

CZEŚĆ A, B – WYPEŁNIA UCZESTNIK (PACJENT)

CZEŚĆ A, C – WYPEŁNIA OPIEKUN UCZESTNIKA (PACJENTA_

CZEŚĆ A, D – WYPEŁNIA UCZESTNIK SZKOLENIA/SPOTKANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNEGO

A. DANE KANDYDATA/KANDYDATKI

1.	DANE PODSTAWOWE	Imię(imiona)	
		Nazwisko	
		Data urodzenia	
		PESEL	
		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
2.	ADRES ZAMIESZKANIA	Ulica	
		Nr domu	
		Nr lokalu	
		Miejscowość	

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020



		Kod pocztowy	
		Gmina	
		Powiat	
		Województwo	
3.	ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania wskazany powyżej)	Ulica	
		Nr domu	
		Nr lokalu	
		Miejscowość	
		Kod pocztowy	
		Gmina	
		Powiat	
		Województwo	
4.	DANE KONTAKTOWE (inne niż adres zamieszkania)	Numer telefonu¹	
		Adres e-mail	
5.	WYKSZTAŁCENIE (należy zaznaczyć najwyższy posiadany poziom wykształcenia)	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe ² <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne – średnie <input type="checkbox"/> Pomaturalne ³ <input type="checkbox"/> Wyższe ⁴	
6.	STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY NA DZIEŃ PODPISANIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna ⁵ zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo ⁷ <input type="checkbox"/> Osoba pracująca ⁸	



7.	WYKONYWANY ZAWÓD (dot. wyłącznie osób pracujących)	
8.	ZATRUDNIONY/ ZATRUDNIONA W: (należy wpisać nazwę instytucji/ przedsiębiorstwa)	Nazwa instytucji:
		NIP:
		Ulica
		Nr domu
		Nr lokalu
		Miejscowość
		Kod pocztowy
		Telefon kontaktowy
	Adres e-mail	
9	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
10	Informacja o bezdomności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
11	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
12	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
13	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
14	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji



15	Preferowana data szkolenia dla kadry POZ, opieki długoterminowej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych	<input type="checkbox"/> 09.05.2019 <input type="checkbox"/> 23.05.2019 <input type="checkbox"/> 06.06.2019
16	Szczegóły wsparcia dla delegujących i osób delegowanych do projektu <u>(wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)</u>	Rodzaj przyznanego wsparcia: <input type="checkbox"/> usługa zdrowotna/medyczna <input type="checkbox"/> usługa zdrowotna/medyczna /konsultacja psychologiczna <input type="checkbox"/> szkolenie Data rozpoczęcia udziału w projekcie: Data zakończenia udziału w projekcie:

¹(Pole obowiązkowe! W przypadku braku osobistego numeru telefonu, należy wskazać numer należący do innej osoby, która umożliwi nawiązanie kontaktu z Kandydatem)

² Osoba, która nie posiada wykształcenia podstawowego w zależności od tego, czy ukończyła zwyczajowo przyjęty wiek na zakończenie edukacji na poziomie wykształcenia podstawowego:

a) osoba, która posiada wiek poniżej zwyczajowo przyjętego wieku na zakończenie edukacji na poziomie podstawowym, powinna być przypisana do poziomu wykształcenia podstawowego;

b) osoba, która posiada wiek powyżej zwyczajowo przyjętego wieku na zakończenie edukacji na poziomie wykształcenia podstawowego, powinna być przypisana do poziomu wykształcenia niższego niż podstawowe,

³ Wykształcenie „pomaturalne” – osoby, które ukończyły szkołę policealną, ale nie ukończyły studiów wyższych,

⁴ Wykształcenie wyższe - osoby, które posiadają wykształcenie wyższe (uzyskały tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub doktora), także osoby, które ukończyły studia podyplomowe.

⁵ Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia; w tym osoba, która nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego.

⁶ Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku:

- Młodzież (osoby poniżej 25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy.

- Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy.

⁷ To osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna. Za bierne zawodowo uznaje się m.in. osoby przebywające na urlopie wychowawczym; studentów studiów stacjonarnych.

⁸ Za osoby pracujące uznaje się:

1. Osoby prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową;

2. Członka rodziny bezpłatnie pomagającego osobie prowadzącej działalność gospodarczą;

3. Osobę przebywającą na urlopie macierzyńskim/ rodzicielskim.

B. KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE – właściwe zaznaczyć „X”

(wypełnia Uczestnik – PACJENT)

		TAK	NIE
1.	Jestem mieszkańcem Sosnowca lub pozostałych miast obszaru podregionu sosnowieckiego (podregion sosnowiecki obejmuje swoim zakresem: powiat będziński, powiat zawierciański, miasto Dąbrowa Górnicza, miasto Jaworzno)		
2.	Jestem osobą, u której zdiagnozowano ranę przewlekłą (utrzymująca się powyżej 6 tygodni)		
3.	Jestem osobą z niepełnosprawnością, to jest: a) osobą niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 2046 z późn. zm.), b) osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 2017 r., poz. 882),		
4.	Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności wydane przez upoważniony organ /w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza/		
5.	Jestem osobą niesamodzielną, tj. osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego		
6.	Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów na lata 2014 – 2020,		
7.	Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ),		
8.	Jestem osobą (lub członkiem rodziny) korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, to jest: <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,		

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020



	<input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie, <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi, <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii, <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej,		
9.	Jestem osobą zakwalifikowaną do III profilu pomocy ⁹ , zgodnie z Ustawą z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 1065 z późn. zm.)		
10.	Jestem osobą która ukończyła 65 rok życia		
11.	Jestem osobą która może uczestniczyć we wszystkich planowanych w ramach Projektu formach wsparcia		

⁹III profil pomocy - to ustalany przez powiatowy urząd pracy zakres form pomocy dla osób oddalonych od rynku pracy (bezrobotnych), wymagających szczególnego wsparcia ze strony urzędu i innych instytucji rynku pracy, realizowany w ramach indywidualnego planu działania (IPD), który ma pomóc w wejściu lub powrocie na rynek pracy (uzyskaniu zatrudnienia), w tym m.in. Program Aktywizacja i Integracja (prace społecznie użyteczne, grupowe poradnictwo specjalistyczne, warsztaty trenerskie, grupy wsparcia), działania aktywizacyjne zlecone przez urząd pracy, programy specjalne, skierowanie do zatrudnienia wspieranego u pracodawcy lub podjęcia pracy w spółdzielni socjalnej zakładanej przez osoby prawne oraz w uzasadnionych przypadkach poradnictwo zawodowe.



**OŚWIADCZENIE O BRAKU WYŁĄCZENIA Z MOŻLIWOŚCI KORZYSTANIA Z USŁUG
OFEROWANYCH W PROJEKCIE (wypełnia Uczestnik- PACJENT)**

Ja (imię i nazwisko).....

- a) oświadczam, że nie jestem wyłączonej z możliwości korzystania z usług oferowanych w ramach projektu: „Program poprawy dostępności i efektywności leczenia pozaszpitalnego dla pacjentów obciążonych raną przewlekłą - podregion sosnowiecki”, które zostały wskazane w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa tj.: nie korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych,
- b) oświadczam, że nie korzystam w ramach innych projektów współfinansowanych z środków UE z pomocy/świadczeń, którymi zostanę objęty w ramach projektu: „Program poprawy dostępności i efektywności leczenia pozaszpitalnego dla pacjentów obciążonych raną przewlekłą - podregion sosnowiecki”,
- c) oświadczam, iż posiadam prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.).

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

C. KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE – właściwe zaznaczyć „X”
(wypełnia Uczestnik – OPIEKUN)

		TAK	NIE
1.	Jestem mieszkańcem Sosnowca lub pozostałych miast obszaru podregionu sosnowieckiego (podregion sosnowiecki obejmuje swoim zakresem: powiat będziński, powiat zawierciański, miasto Dąbrowa Górnicza, miasto Jaworzno)		
2.	Jestem członkiem rodziny/opiekunem faktycznym osoby, u której zdiagnozowano ranę przewlekłą (utrzymująca się powyżej 6 tygodni)		

**OŚWIADCZENIE O BRAKU WYŁĄCZENIA Z MOŻLIWOŚCI KORZYSTANIA Z USŁUG
OFEROWANYCH W PROJEKCIE** (wypełnia Uczestnik- OPIEKUN)

Ja (imię i nazwisko).....

oświadczam, że nie korzystam w ramach innych projektów współfinansowanych z środków UE z pomocy/świadczeń, którymi zostaną objęty w ramach projektu: „Program poprawy dostępności i efektywności leczenia pozaszpitalnego dla pacjentów obciążonych raną przewlekłą - podregion sosnowiecki”.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



D. KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE – właściwe zaznaczyć „X”
(wypełnia Uczestnik szkolenia lub spotkania informacyjno-edukacyjnego)

		TAK	NIE
1.	Jestem mieszkańcem Sosnowca lub pozostałych miast obszaru podregionu sosnowieckiego (podregion sosnowiecki obejmuje swoim zakresem: powiat będziński, powiat zawierciański, miasto Dąbrowa Górnicza, miasto Jaworzno)		
2.	Jestem pracownikiem medycznym świadczącym usługi zdrowotne w zakresie podstawowej opieki medycznej (POZ), opieki długoterminowej, w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych na obszarze podregionu sosnowieckiego.		
3.	Jestem pracownikiem socjalnym wykonującym prace na rzecz mieszkańców obszaru podregionu sosnowieckiego.		

OŚWIADCZENIE O BRAKU WYŁĄCZENIA Z MOŻLIWOŚCI KORZYSTANIA Z USŁUG OFEROWANYCH W PROJEKCIE (wypełnia Uczestnik szkolenia lub spotkania informacyjno-edukacyjnego)

Ja (imię i nazwisko).....

oświadczam, że nie korzystam w ramach innych projektów współfinansowanych z środków UE z pomocy/świadczeń, którymi zostaną objęty w ramach projektu: „Program poprawy dostępności i efektywności leczenia pozaszpitalnego dla pacjentów obciążonych raną przewlekłą - podregion sosnowiecki”.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU



OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą i ze stanem faktycznym.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. projektu „Program poprawy dostępności i efektywności leczenia pozaszpitalnego dla pacjentów obciążonych raną przewlekłą - podregion sosnowiecki” przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest *Zarząd Województwa Śląskiego*, z siedzibą przy ul. Ligonja 46, 40-037 Katowice, adres email: kancelaria@slaskie.pl, strona internetowa: bip.slaskie.pl.
- 2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email: daneosobowe@slaskie.pl.
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności:
 - udzielenia wsparcia
 - potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
 - monitoringu
 - ewaluacji
 - kontroli
 - audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
 - sprawozdawczości
 - rozliczenia projektu
 - zachowania trwałości projektu
 - archiwizacji.
- 4) Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust.2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej: RODO), wynikający z:
 - a) art. 125 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego 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 – dalej: Rozporządzenie ogólne;
 - b) art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
- 5) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela, ul. Jana Pawła II 2, 41-100 Siemianowice Śląskie oraz Partnerowi, współuczestniczy w realizacji projektu – Sante Clinic Sp. z o.o. Sp. K., ul. Aleja Wolności 6, 41-219 Sosnowiec.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020



- 6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 7) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
- 8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) Administrator danych osobowych, na mocy art.17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
- 10) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
- 11) Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:

- 1) 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, potwierdzone stosownym dokumentem*.
- 2) Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluację/analizę/ekspertyzę na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
*CZYTELNY PODPIS
UCZESTNIKA PROJEKTU***

**W przypadku uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

Dane wypełniane przez Podmiot upoważniony przez IZ RPO do zbierania danych osobowych uczestników projektu w zbiorze „Dane uczestników projektów RPO WSL 2014-2020”.		
Data zakończenia udziału osoby w projekcie	--- - --- - ---	
Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa:	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	Inne	
	Nie dotyczy	
	Osoba kontynuuje zatrudnienie	
	Osoba nabyła kompetencje	
	Osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie	
	Osoba podjęła kształcenie lub szkolenie	
	Osoba podjęła pracę/ rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek	
	Osoba poszukująca pracy	
	Osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka	
	Osoba pracująca / prowadząca działalność na własnych rachunek po przerwie związanej z urodzeniem / wychowaniem dziecka	
	Osoba uzyskała kwalifikacje	
	Sytuacja w trakcie monitorowania	
Sytuacja osoby po 4 tygodniach od zakończenia udziału w projekcie	Inne	
	Nie dotyczy	
	Osoba kontynuuje zatrudnienie	
	Osoba nabyła kompetencje	
	Osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie	
	Osoba podjęła kształcenie lub szkolenie	
	Osoba podjęła pracę/ rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek	
	Osoba poszukująca pracy	
	Osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka	
	Osoba pracująca / prowadząca działalność na własnych rachunek po przerwie związanej z urodzeniem / wychowaniem dziecka	
	Osoba uzyskała kwalifikacje	
	Sytuacja w trakcie monitorowania	