Załącznik nr 1

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU**

**„Program poprawy dostępności i efektywności leczenia pozaszpitalnego**

**dla pacjentów obciążonych raną przewlekłą - podregion katowicki”**

|  |
| --- |
| **(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** |

1. **DANE KANDYDATA/KANDYDATKI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.**  | **DANE PODSTAWOWE** | **Imię(imiona)** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **PESEL** |  |
| **Płeć** | ** Kobieta  Mężczyzna** |
| **2.**  | **ADRES ZAMIESZKANIA** | **Ulica** |  |
| **Nr domu** |  |
| **Nr lokalu** |  |
| **Miejscowość**  |  |
| **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 telefonu**1 |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **5.**  | **WYKSZTAŁCENIE (należy zaznaczyć najwyższy posiadany poziom wykształcenia** | ****Niższe niż podstawowe**2******Podstawowe ****Gimnazjalne****Ponadgimnazjalne – średnie ****Pomaturalne**3******Wyższe**4** |
| **6.**  | **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY NA DZIEŃ PODPISANIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO** | ****Osoba bezrobotna**5** zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy****Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów  pracy****Osoba bierna zawodowo**7******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** | ****TAK****NIE****Odmowa podania informacji |
| **10** | **Informacja o bezdomności**  | ****TAK****NIE |
| **11** | **Osoba z niepełnosprawnościami** | ****TAK****NIE****Odmowa podania informacji |
| **12** | **Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu** | ****TAK****NIE |
| **13** | **Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu** | ****TAK****NIE |
| **14** | **Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)** | ****TAK****NIE****Odmowa podania informacji |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **15** | **Preferowana data szkolenia dla kadry POZ, opieki długoterminowej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych** |  04.04.2019 25.04.2019 16.05.2019 30.05.2019 13.06.2019 |
| **16** | **Szczegóły wsparcia dla delegujących i osób delegowanychdo projektu**(wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie) | Rodzaj przyznanego wsparcia:**** usługa zdrowotna/medyczna**** usługa zdrowotna/medyczna /konsultacja psychologiczna**** szkolenieData rozpoczęcia udziału w projekcie: ………………………………Data zakończenia udziału w projekcie: …………………………….. |

**(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.

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

(wypełnia Uczestnik – PACJENT)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| **1.** | Jestem mieszkańcem Siemianowic Śląskich lub pozostałych miast obszaru podregionu katowickiego (podregion katowicki obejmuje swoim zakresem: m. Katowice, Chorzów, Świętochłowice, Ruda Śląska, Mysłowice) |  |  |
| **2.** | Jestem osobą, u której zdiagnozowano ranę przewlekłą (utrzymująca się powyżej 6 tygodni) |  |  |
| **3.** | Jestem osobą z niepełnosprawnością, to jest: 1. 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.),
2. 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: □ ubóstwa,□ sieroctwa, □ bezdomności, □ bezrobocia,□ niepełnosprawności, □ długotrwałej lub ciężkiej choroby, □ przemocy w rodzinie, □ potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi,□ alkoholizmu lub narkomanii, □ potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, □ bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i  prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w  rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, □ trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z  zakładu karnego, □ zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej,□ 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 |  |  |

**9**III 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)………………………………………………..………………………………………………………………………………

1. oświadczam, że nie jestem wyłączony z możliwości korzystania z usług oferowanych w ramach projektu: „Program poprawy dostępności i efektywności leczenia pozaszpitalnego dla pacjentów obciążonych raną przewlekłą - podregion katowicki”, 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,
2. 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 katowicki”,
3. 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* |

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

(wypełnia Uczestnik – OPIEKUN)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| **1.** | Jestem mieszkańcem Siemianowic Śląskich lub pozostałych miast obszaru podregionu katowickiego (podregion katowicki obejmuje swoim zakresem: m. Katowice, Chorzów, Świętochłowice, Ruda Śląska, Mysłowice) |  |  |
| **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 zostanę objęty w ramach projektu: „Program poprawy dostępności i efektywności leczenia pozaszpitalnego dla pacjentów obciążonych raną przewlekłą - podregion katowicki”.

…..………………………………………………… …..……………………………………………………………...

|  |  |
| --- | --- |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* |  *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU* |

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

(wypełnia Uczestnik szkolenia lub spotkania informacyjno-edukacyjnego)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| **1.** | Jestem mieszkańcem Siemianowic Śląskich lub pozostałych miast obszaru podregionu katowickiego (podregion katowicki obejmuje swoim zakresem: m. Katowice, Chorzów, Świętochłowice, Ruda Śląska, Mysłowice) |  |  |
| **2.** | Jestem pracownikiem medycznym świadczącym usługi zdrowotne w zakresie podstawowej opieki medycznej (POZ), opieki długoterminowej, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym na obszarze podregionu katowickiego. |  |  |
| **3.**  | Jestem pracownikiem socjalnym wykonującym prace na rzecz mieszkańców obszaru podregionu katowickiego. |  |  |

**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 zostanę objęty w ramach projektu: „Program poprawy dostępności i efektywności leczenia pozaszpitalnego dla pacjentów obciążonych raną przewlekłą - podregion katowicki”.

…..………………………………………………… …..……………………………………………………………...

|  |  |
| --- | --- |
| *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* |
|  |  |

**OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU**

 **o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

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

1. Administratorem moich danych osobowych jest *Zarząd Województwa Śląskiego*, z siedzibą przy
ul. Ligonia 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](file:///C%3A%5CUsers%5Cidczakt%5CAppData%5CLocal%5CTemp%5Cdaneosobowe%40slaskie.pl).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane w celuobsługi 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.
1. Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążący
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:
2. 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;
3. 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.
4. 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 – NZLA ALFAMED Siemianowice Śląskie,
ul. Olimpijska 2, 41-100 Siemianowice Śląskie.
5. 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, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
6. 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.
7. 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.
8. Administrator danych osobowych, na mocy art.17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
9. Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
10. 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 ewaluacje/analizy/ekspertyzy 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  Nie  |
| **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 przewie 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 przewie związanej z urodzeniem / wychowaniem dziecka |  |
| Osoba uzyskała kwalifikacje |  |
| Sytuacja w trakcie monitorowania |  |