

Załącznik nr 5 do Umowy wsparcia

Dane Beneficjentów ostatecznych – uczestników indywidualnych (w tym osób fizycznych, prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą)

Lp.	Nazwa
1.	Kraj <input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> Inny (jaki?).....
2.	Rodzaj uczestnika <input type="checkbox"/> Pracownik lub przedstawiciel instytucji/ podmiotu <input type="checkbox"/> Inny (jaki?).....
3.	Nazwa instytucji/podmiotu
4.	Imię
5.	Nazwisko
6.	PESEL
7.	Płeć <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
8.	Wiek w chwili przystąpienia do Projektu
9.	Wykształcenie <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Wyższe
10.	Województwo (dot. adresu zamieszkania)
11.	Powiat (dot. adresu zamieszkania)
12.	Gmina (dot. adresu zamieszkania)
13.	Miejscowość (dot. adresu zamieszkania)
14.	Ulica (dot. miejsca zamieszkania)
15.	Nr budynku (dot. adresu zamieszkania)
16.	Numer lokalu (dot. adresu zamieszkania)
17.	Kod pocztowy (dot. adresu zamieszkania)
18.	Telefon kontaktowy
19.	Adres e-mail

20.	Data rozpoczęcia udziału w Projekcie (data podpisania umowy)
21.	Data zakończenia udziału w Projekcie (data ważności bonów rozwojowych)
22.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Inne (jakie?).....
23.	Wykonywany zawód
24.	Zatrudniony w (podać miejsce zatrudnienia)
25*.	Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w Projekcie <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba kontynuuje zatrudnienie <input type="checkbox"/> Osoba nabyła kompetencje <input type="checkbox"/> Osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie <input type="checkbox"/> Osoba podjęła kształcenie lub szkolenie <input type="checkbox"/> Osoba podjęła pracę/ rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek <input type="checkbox"/> Osoba poszukująca prace <input type="checkbox"/> Osoba poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/ wychowaniem dziecka <input type="checkbox"/> Osoba pracująca/ prowadząca działalność na własny <input type="checkbox"/> Osoba uzyskała kwalifikacje <input type="checkbox"/> Sytuacja w trakcie monitorowanie
26*.	Zakończenie udziału osoby w Projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
27**.	Rodzaj przyznanego wsparcia- usługa rozwojowa <input type="checkbox"/> Coaching <input type="checkbox"/> Mentoring <input type="checkbox"/> Opracowanie/wdrożenie planu zmiany <input type="checkbox"/> Usługa doradcza <input type="checkbox"/> Usługa rozwojowa o charakterze zawodowym/kurs zawodowy <input type="checkbox"/> Usługa szkoleniowa
28**.	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu (data rozpoczęcia pierwszej usługi rozwojowej)
29**.	Data zakończenia udziału we wsparciu (data zakończenia ostatniej usługi rozwojowej)
30.	Osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> Tak

	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
31.	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
32.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
33.	Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020/ zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie Projektu <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w wieku 50 lat i więcej <input type="checkbox"/> Osoba o niskich kwalifikacjach

* uzupełnia Operator/ Partnerzy Projektu po zweryfikowaniu informacji udzielonych przez MŚP

** uzupełnia Operator/ Partnerzy Projektu po zweryfikowaniu informacji zawartych w BUR

.....
(data i podpis uczestnika indywidualnego)