

	12	Kod pocztowy	
	13	Województwo	
	14	Powiat	
	14a	Gmina	
	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	OSOBA PRACUJĄCA
	19	Rodzaj przyznanego wsparcia	DOFINANSOWANIE DO WYNAGRODZEŃ LUB KOSZTÓW DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ
	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 Opiszem Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020:	ZWIĘKSZENIE DOSTĘPNOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH
	24	Przynależność do mniejszości narodowej/etnicznej	Podkreślić właściwą odpowiedź: TAK NIE ODMOWA PODANIA INFORMACJI
	25	Posiadanie statusu imigranta	Podkreślić właściwą odpowiedź: TAK NIE ODMOWA PODANIA INFORMACJI
	26	Posiadanie statusu osoby niepełnosprawnej	Podkreślić właściwą odpowiedź: TAK NIE ODMOWA PODANIA INFORMACJI

.....
czytelny podpis uczestnika projektu