***ZAŁĄCZNIK NR 1***

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY BENEFICJENTA POMOCY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane osobowe** | | | | | |
| 1. Nazwisko i imię | | |  | | |
| 1. Imiona rodziców | | |  | | |
| 1. Adres zamieszkania | | |  | | |
| 1. Telefon kontaktowy | | |  | | |
| 1. Seria i numer dowodu osobistego, data wydania oraz nazwa organu, który dokument wydał | | |  | | |
| 1. Numer PESEL | | |  | | |
| 1. NIP | | |  | | |
| 1. Miejsce i data urodzenia | | |  | | |
| 1. Wykształcenie | | |  | | |
| 1. Stan cywilny | | |  | | |
| 1. Imię i nazwisko współmałżonka (jeżeli dotyczy) | | |  | | |
| **Osoby pozostające w gospodarstwie domowym** | | | | | |
| Imię i nazwisko | | Wiek | | Stopień pokrewieństwa | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| **Posiadany majątek własny** | | | | | |
| Rodzaj majątku | Charakterystyka | | | | Szacunkowa wartość rynkowa |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |

………………………………………….

(data i podpis Beneficjenta pomocy)