***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)