***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)