Республика Казахстан, г. Алматы

050026, ул. Байзакова 125, офис 307

Тел: +7 (727) 331 13 14

Моб: +7 (700) 3331 13 14
Эл. почта: info@ytf.kz

Веб-сайт: <https://ytf.kz>

|  |
| --- |
| **ФОРМА ЗАЯВКИ**на конкурс образовательных грантов Фонда Ержана Татишева по Программе «Получи ремесло!» для молодых людей, имеющих инвалидность |
| ***Инструкция по заполнению формы***1. *Пожалуйста, ответьте на ВСЕ вопросы Формы заявки.*
2. *Напишите Вашу фамилию, имя, отчество полностью, так как написано в Вашем свидетельстве о рождении/удостоверении личности/паспорте.*
3. *Укажите всю контактную информацию, в том числе номер телефона и код населенного пункта. Укажите действующие контакты, по которым сотрудники Фонда или члены отборочной комиссии могут связаться с Вами.*
4. *В разделе «Образование» укажите в хронологической последовательности наименования всех учебных заведений, в которых Вы обучались.*
5. *В разделе «Награды, грамоты, достижения» укажите занятые места на олимпиадах и конкурсах приравненных к олимпиадам, а также иные признанные официальными структурами достижения.*
6. *В разделе «Дополнительные занятия» укажите курсы, учебные туры, членство в клубах, общественные программы и т.д., в которых Вы принимали участие.*
 |
| **1. Личные сведения** |
| Пол  Муж  Жен |
| Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата рождения *(дд/мм/гг)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес Область: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Почтовый индекс:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Город/село/район: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Улица/микрорайон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дом:\_\_\_\_\_\_\_\_Квартира:\_\_\_\_\_\_\_ |
| Телефон (с кодом города/села)+7 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Сотовый+7 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Сотовый родителя+7 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **2. Сведения об имеющейся инвалидности** |
| Группа инвалидности  первая  вторая  третья |
| Инвалидность установлена  временно  бессрочно  |
| Диагноз *(полностью): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| **3. Образование** |
| Наименование учебного заведения  |
| Страна  | Город/село  |
| Период обучения с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год |
| Наименование учебного заведения  |
| Страна  | Город/село  |
| Период обучения с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год |
| Наименование учебного заведения  |
| Страна  | Город/село  |
| Период обучения с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год |
| **4. Награды, грамоты, достижения**  |
| **5. Учебное заведение, в которое Вы желаете поступить** |
| Полное название учебного заведения |
| Специальность (факультет) |  Местонахождение учебного заведения |
| **6. Дополнительные виды занятий** |
|  |
| **7. Соглашение** |
| Я заявляю, что вся изложенная информация соответствует действительности,Ф.И.О. заявителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г. |
| **8. Примечание:** Организаторы программы заявляют, что вся изложенная в данной заявке информация является строго конфиденциальной и будет использована только в целях конкурсного отбора. |