

Załącznik Nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „**Nowe horyzonty rehabilitacji osób niewidomych i tracących wzrok**”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

I. DANE OSOBOWE (Proszę wypełnić drukowanymi literami)	
Nazwisko	
Imię / imiona	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	

II. DANE TELEADRESOWE (Proszę wypełnić drukowanymi literami)	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Kod pocztowy i Miejscowość	
Ulica	
Nr domu i lokalu	
Obszar	<input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> Wieś
Powiat	
Województwo	
Telefon kontaktowy	
Adres email	

III. DANE OPIEKUNA PRAWNEGO / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO*	
* wypełnić w przypadku, gdy o uczestnictwo w projekcie ubiega się osoba ubezwłasnowolniona	
Imię	
Nazwisko	
Rodzaj sprawowanej opieki	<input type="checkbox"/> Rodzic <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Przedstawiciel ustawy
Telefon kontaktowy	
Adres email	

IV. DANE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	(Proszę zaznaczyć właściwe dane X)
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> pierwsza grupa inwalidzka <input type="checkbox"/> całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolność do samodzielnej egzystencji	
<input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> niezdolność do pracy lub praca w warunkach chronionych <input type="checkbox"/> druga grupa inwalidzka	
WAŻNOŚĆ ORZECZENIA	
Orzeczenie ważne od dnia do dnia	
TYP NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
<input type="checkbox"/> osoba całkowicie niewidoma <input type="checkbox"/> osoba słabowidząca <input type="checkbox"/> osoba chora na cukrzycę	

V. DODATKOWE INFORMACJE		(Proszę zaznaczyć właściwe dane X)
WYKSZTAŁCENIE		
niepełne podstawowe		
Podstawowe		
Gimnazjalne		
Zawodowe		
Średnie		
Policealne		
Wyższe		
ZATRUDNIENIE		
osoba nieaktywna zawodowo		
osoba poszukująca pracy niezatrudniona		
osoba poszukująca pracy zatrudniona		
osoba bezrobotna		
osoba zatrudniona w ZAZ		
osoba zatrudniona w ZPCH		
osoba zatrudniona na otwartym rynku pracy		
nie dotyczy		
REJESTRACJA W POWIATOWYM / MIEJSKIM URZĘDZIE PRACY (PUP , MUP)		
osoba zarejestrowana		
osoba niezarejestrowana		
UCZESTNICTWO W WARSZTATACH TERAPII ZAJĘCIOWEJ (WTZ)		
osoba uczestnicząca w WTZ		
absolwent WTZ		
osoba która nigdy nie była na WTZ		

VI. OŚWIADCZENIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ LUB W JEGO IMIENIU OPIEKUNA PRAWNEGO UBIEGAJĄCEGO SIĘ O UCZESTNICTWO W PROJEKCIE

Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu, są zgodne z prawdą. W przypadku podania danych niezgodnych z prawdą zobowiązuję się do pokrycia kosztów finansowych spowodowanych poświadczeniem nieprawdy.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie pn. „**Nowe horyzonty rehabilitacji osób niewidomych i tracących wzrok**” i spełniam warunki uczestnictwa.

Oświadczam także, iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt pn.: „**Nowe horyzonty rehabilitacji osób niewidomych i tracących wzrok**” jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacji do projektu pn. „**Nowe horyzonty rehabilitacji osób niewidomych i tracących wzrok**”, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

Oświadczam, że wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku utrwalonego na zdjęciach lub filmach w celu realizacji i promocji projektu pn. „**Nowe horyzonty rehabilitacji osób niewidomych i tracących wzrok**”.

Oświadczam, że równocześnie¹ nie korzystam/korzystam* z tej samej formy wsparcia w ramach realizacji innych projektów dofinansowanych ze środków PFRON, które mają na celu zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych (beneficjentów ostatecznych projektu).

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych przeprowadzanych na potrzeby projektu „**Nowe horyzonty rehabilitacji osób niewidomych i tracących wzrok**” .

* niewłaściwe skreślić

.....
Data

.....
podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do projektu

.....
podpis opiekuna prawnego²

¹ Pod pojęciem „równoczesnej realizacji projektów”, uważa się sytuację, w której terminy realizacji poszczególnych projektów pokrywają się w zakresie co najmniej 1 dnia kalendarzowego. Zgodnie z warunkami konkursu nr 1/2021 beneficjent ostateczny projektu nie może korzystać z tej samej formy wsparcia w ramach kilku równocześnie realizowanych projektów – jeżeli realizacja tej formy wsparcia prowadzi, w każdym z projektów, do osiągnięcia takich samych efektów. Warunek weryfikowany jest w odniesieniu do wszystkich projektów dofinansowanych ze środków PFRON (równocześnie realizowanych) – niezależnie w ramach którego z konkursów zostało udzielone dofinansowanie.

² W przypadku wypełniania oświadczenia przez osobę niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną, oświadczenie powinno zostać podpisane zarówno przez daną osobę (o ile potrafi posługiwać się pismem pisanym) jak również przez jej prawnego opiekuna.

WYPEŁNIA OSOBA REKRUTUJĄCA:

ZAŁĄCZNIKI		
Rodzaj załącznika	TAK	NIE
1. Kserokopia dokumentu potwierdzającego stopień i rodzaj niepełnosprawności (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne)		
2. Zaświadczenie lekarskie (dotyczy osób chorych na cukrzycę)		
3. Inne (jakie?)		

Po weryfikacji formalnej oraz przeprowadzonym badaniu umiejętności i kompetencji niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania podjęto następującą decyzję dotyczącą udziału w projekcie:

DECYZJA O PRZYJĘCIU DO PROJEKTU	
<input type="checkbox"/> POZYTYWNA <input type="checkbox"/> NEGATYWNA	
Zakwalifikowanie do poziomu rehabilitacji	<input type="checkbox"/> I POZOM <input type="checkbox"/> II POZOM
Uzasadnienie:	

.....
data

.....
podpis Tyflospecjalisty

.....
podpis Koordynatora Projektu