

Załącznik Nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Akademia Samodzielności”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

<b>I. DANE OSOBOWE</b> (Proszę wypełnić drukowanymi literami)	
Nazwisko	
Imię / imiona	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	

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

<b>ADRES DO KORESPONDENCJI ( wypełnić tylko gdy jest inny niż adres zamieszkania )</b>	
Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Obszar	<input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> Wieś
Powiat	
Województwo	

<b>III. DANE OPIEKUNA PRAWNEGO / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO*</b>	
* wypełnić w przypadku, gdy o uczestnictwo w projekcie ubiega się osoba niepełnoletnia lub ubezwłasnowolniona	
Imię	
Nazwisko	
Rodzaj sprawowanej opieki	<input type="checkbox"/> Rodzic <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Przedstawiciel ustawowy
Adres do korespondencji* * proszę wypełnić tylko gdy jest inny niż adres zamieszkania uczestnika projektu	
Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Powiat	
Województwo	
Telefon kontaktowy	
Adres email	

<b>IV. DANE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b> ( Proszę zaznaczyć właściwe dane X )	
<b>STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>	
<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 niezdolności do samodzielnej egzystencji
<input type="checkbox"/>	umiarkowany
<input type="checkbox"/>	całkowita niezdolność do pracy
<input type="checkbox"/>	druga grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/>	lekki
<input type="checkbox"/>	częściowa niezdolność do pracy
<input type="checkbox"/>	trzecia grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/>	całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
<input type="checkbox"/>	orzeczenie o niepełnosprawności (dzieci do lat 16)
<b>WAŻNOŚĆ ORZECZENIA</b>	
Orzeczenie ważne	od dnia ..... do dnia .....
<b>TYP NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>	
<input type="checkbox"/>	osoba całkowicie niewidoma
<input type="checkbox"/>	osoba słabowidząca
<input type="checkbox"/>	osoba chora na cukrzycę

<b>V. DODATKOWE INFORMACJE</b> ( Proszę zaznaczyć właściwe dane X )	
<b>WYKSZTAŁCENIE</b>	
przed obowiązkiem szkolnym	
niepełne podstawowe	
podstawowe	
gimnazjalne	
zawodowe	
średnie	
policealne	
wyższe	
<b>ZATRUDNIENIE</b>	
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	
<b>REJESTRACJA W POWIATOWYM / MIEJSKIM URZĘDZIE PRACY ( PUP , MUP )</b>	
osoba zarejestrowana	
osoba niezarejestrowana	
<b>UCZESTNICTWO W WARSZTATACH TERAPII ZAJĘCIOWEJ ( WTZ )</b>	
osoba uczestnicząca w WTZ	
absolwent WTZ	
osoba która nigdy nie była na WTZ	

UCZESTNICTWO W ŚRODOWISKOWYM DOMU SAMOPOMOCY ( ŚDS )	
osoba będąca uczestnikiem ŚDS	
osoba nie będąca uczestnikiem ŚDS	

VI. OŚWIADCZENIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ LUB W JEGO IMIENIU OPIEKUNA PRAWNEGO UBIEGAJĄCEGO SIĘ O UCZESTNICTWO W PROJEKCIE
<b>Oświadczam</b> , 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.
<b>Oświadczam</b> , że zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „Akademia Samodzielności ” i spełniam warunki uczestnictwa.
<b>Oświadczam</b> także, iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt pn: „Akademia Samodzielności ” jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszy Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
<b>Oświadczam</b> , że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacji do projektu „Akademia Samodzielności ”, na podstawie art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).
<b>Oświadczam</b> , że wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku utrwalonego na zdjęciach lub filmach w celu realizacji i promocji projektu „Akademia Samodzielności ”.
<b>Oświadczam</b> , że równocześnie <sup>1</sup> nie uczestniczę/uczestniczę* w realizacji innych projektów dofinansowanych ze środków PFRON, które mają na celu zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych (beneficjentów ostatecznych projektu).
<b>Oświadczam</b> , że wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych przeprowadzanych na potrzeby projektu „Akademia Samodzielności ”.

\* niewłaściwe skreślić

.....  
*Miejscowość i data*

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

.....  
*podpis opiekuna prawnego<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> 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 piętnastego konkursu ta sama osoba nie może zostać objęta wsparciem w ramach kilku równocześnie realizowanych projektów, jeżeli cele realizacji tych projektów zakładają osiągnięcie 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.

<sup>2</sup> 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. Kserokopia dowodu osobistego		
3. Zaświadczenie lekarskie (dotyczy osób chorych na cukrzycę)		
4. 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:	

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*podpis Tyflospecjalisty*

.....  
*podpis Koordynatora projektu*