

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU

**„Jestem samodzielny - szansa na niezależne życie”**  
współfinansowanego ze środków  
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

1. Dane podstawowe uczestnika projektu

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Nazwisko                         | Imię (Imiona)   |
| Data i miejsce urodzenia         | Płeć<br><br>K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| PESEL<br><br>_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)                         |

2. Adres zamieszkania uczestnika projektu

|             |                                 |                               |
|-------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Miejscowość | Kod pocztowy                    |                               |
| Ulica       | Numer domu                      | Numer lokalu                  |
| Województwo | Powiat                          |                               |
| Obszar      | Miasto <input type="checkbox"/> | Wieś <input type="checkbox"/> |

3. Dane rodzica/opiekuna

|   |               |
|---|---------------|
| Nazwisko  | Imię (Imiona) |
| Rodzaj sprawowanej opieki<br><br><input type="checkbox"/> Rodzic <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Przedstawiciel ustawowy |               |
| Adres zamieszkania (jeśli jest inny niż uczestnika projektu)  |               |
| Telefon kontaktowy  | Adres e-mail  |

4. Wykształcenie: (właściwie zaznaczyć)

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> przed obowiązkiem szkolnym | <input type="checkbox"/> zawodowe   |
| <input type="checkbox"/> niepełne podstawowe        | <input type="checkbox"/> średnie    |
| <input type="checkbox"/> podstawowe                 | <input type="checkbox"/> policealne |
| <input type="checkbox"/> gimnazjalne                | <input type="checkbox"/> wyższe     |

5. Rodzaj i stopień niepełnosprawności uczestnika: (właściwie zaznaczyć)

UWAGA! Na potwierdzenie należy dołączyć aktualny dokument potwierdzający stopień niepełnosprawności.

| Stopień niepełnosprawności:  | Orzeczenie ważne do dnia:         |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> umiarkowany   | .....<br>data ważności orzeczenia |
| <input type="checkbox"/> znaczny   |                                   |
| <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności<br>(dzieci do lat 16) |                                   |

| Rodzaj niepełnosprawności                               |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> niepełnosprawność sprzężona    | <input type="checkbox"/> schorzenie narządu ruchu          |
| <input type="checkbox"/> autyzm                         | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe             |
| <input type="checkbox"/> zespół Downa                   | <input type="checkbox"/> opóźnienie psycho-ruchowe         |
| <input type="checkbox"/> przepuklina oponowo-rdzeniowa  | <input type="checkbox"/> mózgowo porażenie dziecięce       |
| <input type="checkbox"/> zaburzenie funkcji ruchowych   | <input type="checkbox"/> zaburzenie strefy poznawczej      |
| <input type="checkbox"/> zaburzenie strefy emocjonalnej | <input type="checkbox"/> zaburzenie strefy psychofizycznej |
| <input type="checkbox"/> inne .....                     |  |

6. Oświadczam, że: (właściwe zaznaczyć)

**nie korzystam** z form wsparcia, w identycznym zakresie, w ramach innych projektów współfinansowanych ze środków PFRON o tym samym celu programowym, tj. Zwiększanie samodzielności osób niepełnosprawnych”.

**biorę** udziału w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON:

.....  
*Proszę wymienić tytuł projektu, okres realizacji, numer konkursu i cel programowy, Wnioskodawcę*

7. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przekazanie w/w danych osobowych do PFRON za pośrednictwem EGW w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez PFRON.
8. Oświadczam, że uczestnik/czka spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie, podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą oraz że zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
9. Zobowiązuję się do wzięcia udziału w zaproponowanych w Indywidualnym Planie Działania formach wsparcia w ramach w/w projektu.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez organizatora projektu w celach rekrutacji do w/w projektu.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis uczestnika projektu  
Podpis rodzica lub przedstawiciela  
ustawowego/prawnego