



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „W drodze do samodzielności”
współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

1. Dane podstawowe Beneficjenta Ostatecznego (osoba niepełnosprawna) *:

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

2. Adres zamieszkania Beneficjenta Ostatecznego (osoba niepełnosprawna) *:

Miejscowość	Kod pocztowy	
Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Województwo	Powiat	
Obszar	<input type="checkbox"/> miasto do 20 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto 20 tys. - 50 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś	

3. Dane Rodzica/Opiekuna prawnego Beneficjenta Ostatecznego. *

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

4. Wykształcenie i status zawodowy Beneficjenta Ostatecznego (osoby niepełnosprawnej): (właściwe 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
<input type="checkbox"/> zarejestrowany w PUP	<input type="checkbox"/> uczestniczy w WTZ
<input type="checkbox"/> zatrudniony	<input type="checkbox"/> uczestnik ŚDS
<input type="checkbox"/> mieszkaniec / podopieczny innej placówki finansowanej ze środków publicznych;	

5. Rodzaj i stopień niepełnosprawności Beneficjenta Ostatecznego (osoby niepełnosprawnej)*: (właściwie zaznaczyć)

UWAGA! Na potwierdzenie należy przedłożyć aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub aktualne orzeczenie równoważne (orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów).

Stopień niepełnosprawności:	Orzeczenie ważne do dnia:
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności (dzieci do lat 16)	<input type="checkbox"/> Orzeczenie ważne bezterminowo <input type="checkbox"/> data ważności orzeczenia
<input type="checkbox"/> lekki	
<input type="checkbox"/> umiarkowany	
<input type="checkbox"/> znaczny	
<input type="checkbox"/> grupa inwalidzka - stopień	

Rodzaj niepełnosprawności	
<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe,	<input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia,
<input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego,
<input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu,	<input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego,
<input type="checkbox"/> 04-O – choroby narządu wzroku,	<input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/> 05-R – upośledzenie narządu ruchu	<input type="checkbox"/> 11-I – inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego,
<input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja,	<input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe



Fundacja VICTOR
Babianka 56, 21-200 Parczew
KRS: 0000867241
NIP: 5391515448, REGON: 387393270
www.fundacjavictor.pl email: fundacjavictor@gmail.com

6. Oświadczam, że Beneficjent Ostateczny: (zaznaczyć właściwe)

korzysta **nie korzysta** z form wsparcia, w ramach innych projektów współfinansowanych ze środków PFRON.

7. Oświadczam, iż zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu „W drodze do samodzielności” realizowanego przez Fundację „VICTOR” współfinansowanego przez PFRON w ramach konkursu pn. 1/2024 pn. „Wspieramy aktywność” na podstawie art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i akceptuję jego postanowienia.
8. Oświadczam, że Beneficjent Ostateczny spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie
9. Oświadczam, iż podane dane są zgodne z prawdą oraz że zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
10. Zobowiązuję się do wzięcia udziału w zaproponowanych w Indywidualnym Planie Działania formach wsparcia w ramach w/w projektu.
11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację „VICTOR”, Babianka 56, 21-200 Parczew zawartych w niniejszym formularzu w celach rekrutacji do projektu „W drodze do samodzielności” oraz jego realizacji.

**dane obowiązkowe*

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Beneficjenta Ostatecznego/
rodzica lub przedstawiciela ustawowego/prawnego