

Załącznik do realizacji zadania w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji (...)

Nazwa zadania PFRON:

zad.1 Prowadzenie rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnych typach placówek

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Od rehabilitacji do niezależności” - prowadzenie kompleksowych działań na rzecz osób niepełnosprawnych z terenu województwa zachodniopomorskiego.

I. DANE SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	
1. Imię i nazwisko	
2. Data i miejsce urodzenia	
3. PESEL	
4. Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
5. Adres zamieszkania	
6. Telefon kontaktowy	
II. DANE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA PROJEKTU	
1. Imię i nazwisko	
2. Data i miejsce urodzenia	
3. PESEL	
4. Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
6. Adres zamieszkania	
7. Powiat	
8. Obszar	<input type="checkbox"/> Wieś <input type="checkbox"/> miasto do 20 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto 20-50 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto 50-100 tys. Mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto powyżej 100 tys. mieszkańców
9. Telefon kontaktowy (OBOWIĄZKOWO)	

10. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> nie objęty edukacją; <input type="checkbox"/> w trakcie nauki; <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne; <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe
11. Status na rynku pracy	rejestracja w PUP <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE uczestnictwo w WTZ <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
12. Zatrudnienie	<input type="checkbox"/> nieaktywny zawodowo <input type="checkbox"/> poszukujący pracy zatrudniony <input type="checkbox"/> poszukujący pracy niezatrudniony <input type="checkbox"/> bezrobotny <input type="checkbox"/> zatrudniony w ZAZ <input type="checkbox"/> zatrudniony w ZPCH <input type="checkbox"/> zatrudniony na otwartym rynku pracy
13. Rodzaj Niepełnosprawności - Symbol	
14. Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki
15. Opis niepełnosprawności	

I. UDZIAŁ (w chwili obecnej) W INNYCH PROJEKTACH FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PFRON, REALIZOWANYCH POZA FUNDACJĄ ? (TAK/ NIE)

Jeśli tak, to w jakich? – podaj nazwę i cel projektu

Nazwa:.....

.....

Cel programowy

Jaki rodzaj wsparcia otrzymuje beneficjent w ramach projektu w jakim uczestniczy?

.....

.....

.....

.....

III. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO DOKUMENTU	
1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>
IV. OŚWIADCZENIA	
1. Świadomy(a) odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny / Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm./ oświadczam, że wszystkie dane zawarte we Wniosku Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.	
2. Oświadczam(y), że wyrażam(y) zgodę na uczestnictwo w projekcie „ Od rehabilitacji do niezależności ” - prowadzenie kompleksowych działań na rzecz osób niepełnosprawnych z terenu województwa zachodniopomorskiego „, mojego dziecka	
3. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że niniejszy projekt jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach realizacji zadania publicznego „Prowadzenia rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnych typach placówek”.	
4. Zobowiązuje się do przedłożenia wszelkich informacji, dokumentów oraz oświadczeń niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu.	
5. Przyjmuje do wiadomości, że złożenie Wniosku Zgłoszeniowego nie jest jednoznaczne z przyjęciem mnie do projektu.	
6. Przyjmuję do wiadomości, że decyzja Komisji Rekrutacyjnej jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie.	
7. Zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za udział w projekcie tytułem terapii ciągłej w wysokości złotych, płatnej w dwóch ratach: I – do 31.maja 2017, II – DO 30 września 2017 r.	
..... (miejsowość i data) (czytelny podpis wnioskodawcy)
V. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH	
Dane osobowe przekazane przez beneficjentów ostatecznych zadania, realizowanego w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92 z późn. zm) będą przetwarzane w celu realizacji „Zasad zlecania przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym” przez Fundację Promocja Zdrowia dla potrzeb procesu rekrutacji, realizacji i ewaluacji projektu. Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:	
1. Administratorem moich danych osobowych jest Fundacja Promocja Zdrowia, Szczecin, al. Bohaterów Warszawy 27 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie ul. Jana Pawła II 13.	
2. Moje dane będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi w/w projektu.	
3. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu udzielenia wsparcia w ramach projektu, ewaluacji, monitoringu i sprawozdawczości projektu.	
4. Podanie danych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.	
Szczecin, dnia (miejsowość i data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Od rehabilitacji do niezależności” - prowadzenie kompleksowych działań na rzecz osób niepełnosprawnych z terenu województwa zachodniopomorskiego.

Wypełnia beneficjent/ opiekun beneficjenta

Ja niżej podpisany/a

Numer Pesel

Zamieszkały/a

Deklaruję chęć udziału w Projekcie pn. „Od rehabilitacji do niezależności” - prowadzenie kompleksowych działań na rzecz osób niepełnosprawnych z terenu województwa zachodniopomorskiego. w ramach zadań zleczanych PFRON na podstawie art.36 ustawy o rehabilitacji (...): zad.1 Prowadzenie rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnych typach placówek.

Zobowiązuję się do brania udziału w zaproponowanych dla mnie w IPD formach wsparcia w ramach Projektu: (zaznaczyć właściwe),

- Indywidualna konsultacja rehabilitacyjna,
- Terapia surdopedagogiczna
- Terapia tyflopedagogiczna
- Terapia logopedyczna
- Terapia ręki
- Terapia biofeedback
- Konsultacje psychologiczne
- Grupowe warsztaty psychologiczne
- Orientacja przestrzenna i samodzielne, bezpieczne poruszanie się
- Nowoczesne technologie w rehabilitacji
- Trening czynności życia codziennego
- Trening pamięci i uczenia się
- Terapie zajęciowe
- Usługi asystenckie.

Zobowiązuję się również udzielić niezbędnych informacji o osiągniętych rezultatach na każdym etapie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.

Oświadczam, że:

- podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą;
- Zapoznałem się z zasadami uczestnictwa w projekcie;
- zostałem pouczone/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
- zostałem poinformowany o współfinansowaniu projektu ze środków PFRON w ramach konkursu XXIV;
- nie korzystam z podobnych form wsparcia w identycznym zakresie w ramach innych projektów współfinansowanych ze środków PFRON.

Szczecin, dnia
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis uczestnika lub jego opiekuna)