

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

Nazwa zadania PFRON:

Kierunek pomocy 1 : Wejście osób niepełnosprawnych na rynek pracy, konkurs 4/2017

Zadanie 2. Organizowanie i prowadzenie szkoleń, kursów, warsztatów, grup środowiskowego wsparcia oraz zespołów aktywności społecznej dla osób niepełnosprawnych, aktywizujących zawodowo i społecznie te osoby

Zadanie 6. organizowanie i prowadzenie zintegrowanych działań na rzecz włączania osób niepełnosprawnych w rynek pracy, w szczególności przez:

- a) doradztwo zawodowe,
- b) przygotowanie i wdrożenie indywidualnego planu drogi życiowej i zawodowej,
- c) prowadzenie specjalistycznego poradnictwa zawodowego i pośrednictwa pracy, mających na celu przygotowanie do aktywnego poszukiwania pracy i utrzymania w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

"Zakład Integracji Społeczno-Zawodowej w Szczecinie – oknem na rynek pracy"

I. DANE SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	
1. Imię i nazwisko	
2. Data i miejsce urodzenia	
3. Adres zamieszkania	
4. 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"/> 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 – dotyczy osób pracujących	<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	Symbol niepełnosprawności na orzeczeniu:
14. Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki
15. Opis niepełnosprawności (opisać przyczynę i następstwa, trudności w funkcjonowaniu i wykonyw. pracy)	

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"/>

3	<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, że wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie "Zakład Integracji Społeczno-Zawodowej w Szczecinie – oknem na rynek pracy"	
3. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że niniejszy projekt jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach realizacji zadania: Kierunek pomocy 1 : Wejście osób niepełnosprawnych na rynek pracy, konkurs 4/2017 Zadanie 2. Organizowanie i prowadzenie szkoleń, kursów, warsztatów, grup środowiskowego wsparcia oraz zespołów aktywności społecznej dla osób niepełnosprawnych, aktywizujących zawodowo i społecznie te osoby Zadanie 6. organizowanie i prowadzenie zintegrowanych działań na rzecz włączania osób niepełnosprawnych w rynek pracy, w szczególności przez: a) doradztwo zawodowe, b) przygotowanie i wdrożenie indywidualnego planu drogi życiowej i zawodowej, c) prowadzenie specjalistycznego poradnictwa zawodowego i pośrednictwa pracy, mających na celu przygotowanie do aktywnego poszukiwania pracy i utrzymania w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych	
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.	
V. OSWIADCZENIE 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 zlecenia 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, 70-340 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, dnia2018 r. (miejsowość i data) (czytelny podpis wnioskodawcy/ opiekuna)

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

"Zakład Integracji Społeczno-Zawodowej w Szczecinie – oknem na rynek pracy"

Wypełnia beneficjent

Ja niżej podpisany/a

Zamieszkały/a

Deklaruję chęć udziału w Projekcie pn. **"Zakład Integracji Społeczno-Zawodowej w Szczecinie – oknem na rynek pracy"** w ramach zadań zleczanych PFRON na podstawie art.36 ustawy o rehabilitacji (...):Kierunek pomocy 1 : **Wejście osób niepełnosprawnych na rynek pracy, konkurs 4/2017**

Przyjmuję do wiadomości, że uczestnictwo w projekcie obliguje mnie do uczestnictwa w następujących formach:

- Opracowanie Indywidualnego Planu Działania - stworzonego z uwzględnieniem diagnozy sytuacji problemowej, zasobów, potencjału, predyspozycji i potrzeb ON. Stworzone wspólnie przez psychologa, doradcę zawodowego oraz terapeutę - specjalistę rehabilitacji ON. (7h/os.)
- Indywidualne doradztwo zawodowe (20h./os.),
- indywidualna terapia psychologiczna (20h/na os.),
- warsztaty interpersonalne (24h/os.),
- warsztaty aktywizacji zawodowej i aktywnego poszukiwania pracy (24h/os)
- Pośrednictwo pracy - wsparcie Trenera pracy (20h/os)
- szkolenie zawodowe podnoszące kompetencje zawodowe (średnio 40h/os),
- staż w przedsiębiorstwie - 3 miesięczny_
- wsparcie trenera pracy

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 pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
- zostałem poinformowany o współfinansowaniu projektu ze środków PFRON w ramach konkursu nr 4 „Samodzielni i skuteczni” , realizowanego w ramach art. 36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- **nie korzystam z podobnych form wsparcia w identycznym zakresie w ramach innych projektów współfinansowanych ze środków PFRON o tym samym celu programowym, tj. „Wejście osób niepełnosprawnych na rynek pracy”.**

Szczecin, dnia
(miejscowość i data)

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



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

