

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Sięgamy po kompetencje”

Data wpływu formularza zgłoszeniowego:..... Nr ewidencyjny

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PROJEKTU

„Sięgamy po kompetencje”

nr umowy PFRON: UM/PW9/2025/3/O_LUBELSKI/10499

Nazwa programu	Zlecenie realizacji zadań w formie wsparcia nr 1/2024 pn. „Wspieramy aktywność”
Kierunek pomocy	Zwiększenie samodzielności osób z niepełnosprawnościami
Typ projektu	Wsparcie realizowane poza placówką (w szczególności: szkolenia, kursy, warsztaty, grupowe i indywidualne zajęcia, usługi wspierające)
Tytuł projektu	„Sięgamy po kompetencje”

Prosimy wypełnić czytelnie, DRUKOWANYMI literami WSZYSTKIE POLA

INFORMACJE OGÓLNE O KANDYDACIE NA UCZESTNIKA PROJEKTU					
Nazwisko		Imię/Imiona			
Data Urodzenia		PESEL			
Mężczyzna		Kobieta			
Tel. kontaktowy					
MIEJSCE ZAMIESZKANIA ¹					
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość		Województwo	
Powiat		Gmina		Kraj	
Adres e-mail					
Adres do korespondencji (jeżeli inny niż zamieszkania)					

Wykształcenie	☐	niepełne podstawowe
	☐	podstawowe
	☐	gimnazjalne
	☐	zawodowe
	☐	średnie
	☐	policealne
	☐	wyższe
Zawód		
OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW KWALIFIKACYJNYCH I PREMIUJĄCYCH		
Zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie województwa lubelskiego lub podkarpackiego lub małopolskiego lub łódzkiego¹		tak ☐ nie ☐
Brałem/brałam udział w projektach z tożsamym wsparciem (Jeśli tak – proszę podać datę ostatniego wsparcia:)		tak ☐ nie ☐
Nie korzystam z tej samej formy wsparcia w ramach kilku równocześnie realizowanych projektów – jeżeli realizacja tej formy wsparcia prowadzi, w każdym z projektów, do osiągnięcia takich samych efektów		tak ☐ nie ☐
Jestem osobą z niepełnosprawnością² (Należy zaznaczyć odpowiedni rodzaj niepełnosprawności i dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności): ☐ lekka ☐ umiarkowaną ☐ znaczną		tak ☐ nie ☐
Proszę określić przyczynę niepełnosprawności: ☐ 01-U – upośledzenie umysłowe; ☐ 02-P – choroby psychiczne; ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu; ☐ 04-O – choroby narządu wzroku; ☐ 05-R – upośledzenie narządu ruchu; ☐ 06-E – epilepsja; ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia; ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego; ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego; ☐ 10-N – choroby neurologiczne; ☐ 11-I – inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego;.....(proszę wskazać jakiego rodzaju). ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe.		

Proszę określić **bariery** wynikające z niepełnosprawności, a związane z udziałem w Projekcie:

.....

.....

Proszę określić **specjalne wymagania** wynikające z niepełnosprawności, a związane z udziałem w Projekcie:

.....

.....

Preferowane miejsce szkoleń:

.....

Źródła informacji o projekcie (zakreślić odpowiednie)

- ☐ Ulotka/ Plakat rekrutacyjny
- ☐ Plakat informacyjny
- ☐ Internet
- ☐ Ogłoszenie w gazecie
- ☐ Znajomi
- ☐ ☐ Inne (jakie?)

Oświadczenia:

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Sięgamy po kompetencje”, spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie oraz akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim,
- zostałem/am poinformowany/a, że ww. projekt jest realizowany w ramach zlecenia realizacji zadań w formie wsparcia nr 1/2024 pn. „Wspieramy aktywność”, kierunek pomocy: zwiększenie samodzielności osób z niepełnosprawnościami; Typ projektu: Wsparcie realizowane poza placówką (w szczególności: szkolenia, kursy, warsztaty, grupowe i indywidualne zajęcia, usługi wspierające),
- zostałem/am poinformowany/a, że ww. projekt jest dofinansowany z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie,
- zostałem/am poinformowany/a o zasadach równości szans oraz przeciwdziałania dyskryminacji,
- mam świadomość, że usługi mogą odbywać się w miejscowości innej niż moje miejsca zamieszkania,
- mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane Stowarzyszeniu Synergia stają się własnością firmy i nie mam prawa żądać ich zwrotu,
- wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „Sięgamy po kompetencje” oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym i przetwarzanie danych osobowych przez Stowarzyszenie Synergia, na potrzeby rekrutacji oraz realizacji projektu „Sięgamy po kompetencje” zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r.
- zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia przewidzianych w projekcie „Sięgamy po kompetencje”, a w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Realizatora Projektu.
- zobowiązuję się do informowania Realizatora Projektu o każdorazowej zmianie danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularz zgłoszeniowy projektu
- nie korzystam z tej samej formy wsparcia w ramach kilku równocześnie realizowanych projektów – jeżeli realizacja tej

formy wsparcia prowadzi, w każdym z projektów, do osiągnięcia takich samych efektów

1 - Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

2 - Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.) tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia (należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności).

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Miejscowość, data

Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

.....

.....