



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

|                     |                                     |
|---------------------|-------------------------------------|
| Tytuł projektu      | Akademia Integracji Społecznej      |
| Numer umowy PFRON   | ZZO/000362/03/D                     |
| Program             | Konkurs 1/2022 pn. „Działamy razem” |
| Realizator projektu | FUNDACJA POSTSCRIPTUM               |

PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI WSZYSTKIE POLA FORMULARZA

| DANE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO   |   |                      |   |                      |                      |                      |                                  |  |                                    |  |  |
|--|---|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------------------|--|------------------------------------|--|--|
| Imię (imiona)  |   |                      |   |                      |                      | Nazwisko             |                                  |  |                                    |  |  |
| PESEL  |   |                      |   |                      |                      |                      |                                  |  |                                    |  |  |
| Wiek   |   |                      |   |                      |                      | Płeć                 | <input type="checkbox"/> kobieta |  | <input type="checkbox"/> mężczyzna |  |  |
| Wykształcenie  | <input type="checkbox"/> <b>Brak</b> (brak formalnego wykształcenia)<br><input type="checkbox"/> <b>Podstawowe</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <b>ISCED 1</b><br><input type="checkbox"/> <b>Gimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <b>ISCED 2</b><br><input type="checkbox"/> <b>Ponadgimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) <b>ISCED 3</b> w tym:<br><input type="checkbox"/> na poziomie zasadniczej szkoły zawodowej<br><input type="checkbox"/> na poziomie szkoły średniej(liceum)<br><input type="checkbox"/> na poziomie szkoły średniej zawodowej(technikum)<br><input type="checkbox"/> <b>Policealne</b> (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) <b>ISCED 4</b><br><input type="checkbox"/> <b>Wyższe</b> (kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich) <b>ISCED 5-8</b> |                      |   |                      |                      |                      |                                  |  |                                    |  |  |
| DANE KONTAKTOWE (Adres zamieszkania wg Kodeksu Cywilnego <sup>1</sup> )  |   |                      |   |                      |                      |                      |                                  |  |                                    |  |  |
| Ulica  |   |                      |   |                      |                      | Miejscowość          |                                  |  |                                    |  |  |
| Numer domu   |   |                      |   |                      |                      | Numer lokalu         |                                  |  |                                    |  |  |
| Kod pocztowy   | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Województwo                      |  |                                    |  |  |
| Gmina  |   |                      |   |                      |                      | Powiat               |                                  |  |                                    |  |  |
| Adres e-mail:  |   |                      |   |                      |                      | Numer telefonu       |                                  |  |                                    |  |  |
| Adres do korespondencji<br>(uzupełnić, jeśli jest inny niż zamieszkania) |   |                      |   |                      |                      |                      |                                  |  |                                    |  |  |

<sup>1</sup> Zgodnie z art.25 Ustawy z dnia 23.04.1964r. – Kodeks Cywilny (Dz. U. 1964 nr 16 poz. 93), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

# POSTSCRIPTUM

FUNDACJA POSTSCRIPTUM, ul. Aleksandra Świętochowskiego 13, 20-467 Lublin

KRS 0000883638 | NIP 9462703901 | REGON 388166850

Tel.: +48 733 445 117 | e-mail: biuro@fundacjapostscriptum.eu | www.fundacjapostscriptum.eu



|  |  |
|--|--|
| Status na rynku pracy  | <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna<br><input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo<br><input type="checkbox"/> Osoba poszukująca pracy<br><input type="checkbox"/> Osoba pracująca                          |
| Stopień niepełnosprawności   | <input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Inny, wynikający ze specyfiki organu orzeczniczego, proszę wpisać jaki: ..... |
| <b>ANKIETA POTRZEB/USPRAWNIENIŃ DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI</b>                 |  |
| Proszę określić <b>potrzeby/specjalne wymagania</b> związane z udziałem w projekcie: |  |
| <input type="checkbox"/> w zakresie materiałów szkoleniowych, jakie? .....           |  |
| <input type="checkbox"/> w zakresie sali szkoleniowej, jakie? .....                  |  |
| <input type="checkbox"/> inne, jakie? .....  |  |
| Proszę określić <b>bariery/trudności</b> związane z udziałem w projekcie:            |  |
| <input type="checkbox"/> w zakresie materiałów szkoleniowych, jakie? .....           |  |
| <input type="checkbox"/> w zakresie sali szkoleniowej, jakie? .....                  |  |
| <input type="checkbox"/> inne, jakie? .....  |  |

### OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ

Upředzony/-a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że:

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Jestem <b>osobą z niepełnosprawnościami</b> <sup>2</sup> (należy dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności)  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Jestem osobą powyżej 18 roku życia zamieszkującą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie jednego z województw: <b>lubelskie lub mazowieckie lub łódzkie lub warmińsko-mazurskie</b> | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Nie jestem uczestnikiem/-czką innego projektu dofinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Kandydata/-tki

<sup>2</sup> 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).

## POSTSCRIPTUM



**Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:**

1. Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „**Akademia Integracji Społecznej**”, dofinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, realizowanego przez FUNDACJĘ POSTSCRIPTUM (realizatora projektu) i wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
2. Zapoznałem/-am się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w regulaminie projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim. Akceptuję warunki regulaminu.
3. Nie biorę udziału w innych projektach współfinansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail).
5. Zobowiązuję się do poinformowania o zmianach danych osobowych, w tym w szczególności danych kontaktowych, przez cały okres trwania projektu.
6. Wyrażam zgodę na nieodpłatne, wielokrotne, bezterminowe utrwalanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku utrwalonego podczas realizacji projektu „**Akademia Integracji Społecznej**”, bez konieczności ich każdorazowego zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalenie, obróbkę i powielanie zdjęć oraz filmów za pośrednictwem dowolnego medium (np. Internet, prasa, publikacje reklamowe) w ramach działań promocyjnych i archiwizacyjnych w projekcie. Jednocześnie oświadczam, że wykorzystanie tych zdjęć i filmów nie stanowi naruszenia moich dóbr osobistych.
7. Zobowiązuję się do wypełniania wszelkich dokumentów związanych z realizowanym projektem, w tym do potwierdzania swojej obecności na dokumentach poświadczających udział w projekcie (m.in. listy obecności).
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO). Podanie danych jest dobrowolne, ale odmowa ich podania jest równoważna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
9. Zostałem/-am poinformowany/-a o tym, że z chwilą przystąpienia do projektu każdy uczestnik/-czka projektu, będący osobą fizyczną, składa oświadczenie o przyjęciu przez niego do wiadomości informacji o ochronie danych osobowych (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000)) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO). W przypadku uczestnika/-czki projektu nieposiadającego zdolności do czynności prawnych, oświadczenie składa jego opiekun prawny.
10. Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu szkoleniowym, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie realizatora projektu.
11. Zostałem/-am poinformowany/-a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez realizatora projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
12. Zostałem/-am poinformowany/-a o obowiązku przekazywania informacji na temat mojej sytuacji po opuszczeniu programu.
13. Zostałem/-am poinformowany/-a o zasadach równości szans kobiet i mężczyzn, zrównoważonego rozwoju oraz przeciwdziałaniu dyskryminacji.
14. Zostałem/-am uprzedzony/-a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym oraz ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Kandydata/-tki

## POSTSCRIPTUM