*Załącznik nr 1 do Regulaminu projektu*

*„Akademia Aktywności OzN”*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj zadania publicznego | 7) działalność na rzecz osób niepełnosprawnych - Promowanie aktywności osób niepełnosprawnych w różnych dziedzinach życia społecznego i zawodowego |
| Numer umowy | Umowa nr DZR.TD.4071.73.PFRON.2023 na powierzenie realizacji zadania publicznego Województwa Lubelskiego z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych w 2023 r. w trybie otwartego konkursu ofert nr DZR/1/PFRON/2023 |
| Tytuł projektu | Akademia Aktywności OzN |
| Realizator projektu | FUNDACJA POSTSCRIPTUM |

**PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI WSZYSTKIE POLA**

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU** |
| **Imię (imiona)** |  | **Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wiek** |  | **Płeć** |  □ kobieta □ mężczyzna |
| **Wykształcenie** | □ **Brak** *(brak formalnego wykształcenia)*□ **Podstawowe** *(kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)* **ISCED 1**□ **Gimnazjalne** *(kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)* **ISCED 2**□ **Ponadgimnazjalne** *(kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)* **ISCED 3**□ **Policealne** (*kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)* **ISCED 4**□ **Wyższe** *(kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich)* **ISCED 5-8** |
| **DANE KONTAKTOWE (Adres zamieszkania wg Kodeksu Cywilnego[[1]](#footnote-1))** |
| **Ulica** |  | **Miejscowość** |  |
| **Numer domu**  |  | **Numer lokalu**  |  |
| **Kod pocztowy** |  | **Województwo** |  |
| **Gmina**  |  | **Powiat** |  |
| **Adres e-mail:** |  | **Numer telefonu** |  |
| **Adres do korespondencji***(uzupełnić, jeśli jest inny niż zamieszkania)* |  |
| **DANE SZCZEGÓŁOWE NA TEMAT UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU** |
| **Stopień niepełnosprawności** | □ Lekki□ Umiarkowany□ Znaczny□ Inny, jaki: …………………………………………………………………………………. |
| **ANKIETA POTRZEB/USPRAWNIEŃ DLA UCZESTNIKÓW/-CZEK PROJEKTU** |
| Proszę określić **potrzeby/specjalne wymagania** związane z udziałem w projekcie:□ w zakresie materiałów szkoleniowych, jakie?□ w zakresie sali szkoleniowej, jakie?□ inne, jakie? Proszę określić **bariery/trudności** związane z udziałem w projekcie:□ w zakresie materiałów szkoleniowych, jakie? □ w zakresie sali szkoleniowej, jakie? □ inne, jakie? |

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ**

Uprzedzony/-a o odpowiedzialności wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że:

|  |  |
| --- | --- |
| Jestem **osobą z niepełnosprawnościami**[[2]](#footnote-2)(należy dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności) | □ Tak □ Nie |
| Jestem osobą powyżej 18 roku życia zamieszkującą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie jednego z powiatów: **Miasto Lublin, powiat lubelski, Miasto Chełm** | □ Tak □ Nie |
| Nie jestem Uczestnikiem/-czką innego projektu dofinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  | □ Tak □ Nie |

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………………………… | ………………………………………………………………… |
| Miejscowość, data | Czytelny podpis Kandydata/-tki  |

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

1. Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie **„Akademia Aktywności OzN”**, finansowanego przez Województwo Lubelskie działające poprzez Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lublinie na podstawie umowy nr DZR.TD.4071.73.PFRON.2023 na powierzenie realizacji zadania publicznego Województwa Lubelskiego z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych w 2023 r. w trybie otwartego konkursu ofert nr DZR/1/PFRON/2023, zawartej w dniu 30.05.2023 r. w Lublinie, 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 Aktywności OzN”**, 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 wsparcia, 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 inne podmioty.
12. Zostałem/-am poinformowany/-a o obowiązku przekazywania informacji na temat mojej sytuacji po opuszczeniu projektu.
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 w/w informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………………………… | ………………………………………………………………… |
| Miejscowość, data | Czytelny podpis Kandydata/-tki |

1. 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”. [↑](#footnote-ref-1)
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). [↑](#footnote-ref-2)