



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Tytuł projektu	Akademia Integracji Społecznej II
Numer umowy PFRON	UM/PW9/2024/2/O_LUBELSKI/4163
Program	Konkurs 1/2023 pn. „Możemy więcej”
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"/> Brak (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) ISCED 1 <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) ISCED 2 <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ISCED 3 w tym: <input type="checkbox"/> na poziomie zasadniczej szkoły zawodowej <input type="checkbox"/> na poziomie szkoły średniej(liceum) <input type="checkbox"/> na poziomie szkoły średniej zawodowej(technikum) <input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4 <input type="checkbox"/> Wyższe (kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich) ISCED 5-8										
DANE KONTAKTOWE (Adres zamieszkania wg Kodeksu Cywilnego ¹)											
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 (uzupełnić, jeśli jest inny niż zamieszkania)											

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”.



Status na rynku pracy	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> Osoba poszukująca pracy <input type="checkbox"/> Osoba pracująca
Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Inny, wynikający ze specyfiki organu orzeczniczego, proszę wpisać jaki:
Uczestnictwo w WTZ	<input type="checkbox"/> Nie był/-a w WTZ <input type="checkbox"/> Absolwent/-ka WTZ <input type="checkbox"/> Uczestnik/-czka WTZ

ANKIETA POTRZEB/USPRAWNIENÍ DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

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 cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że:

Jestem osobą z niepełnosprawnościami ² (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: lubelskie lub mazowieckie lub łódzkie lub wielkopolskie	<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

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).



Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „**Akademia Integracji Społecznej II**”, 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 II**”, 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