



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Tytuł projektu	Akademia Integracji Społecznej III
Numer umowy PFRON	UM/PW9/2025/3/O_LUBELSKI/10759
Program	Konkurs 1/2024 pn. „Wspieramy aktywność”
Realizator projektu	FUNDACJA POSTSCRIPTUM

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

DANE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO											
Imię (imiona)						Nazwisko					
PESEL											
DANE KONTAKTOWE (Adres zamieszkania wg Kodeksu Cywilnego <sup>1</sup> )											
Adres e-mail											
Numer telefonu											
Województwo						Powiat					
Gmina						Miejscowość					
Kod pocztowy						Numer domu					
Numer lokalu						Obywatelstwo					
Adres do korespondencji (uzupełnić, jeśli jest inny niż zamieszkania)											

Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Grupa inwalidzka	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> Osoba całkowicie niezdolna do pracy <input type="checkbox"/> Osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoba częściowo niezdolna do pracy <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

<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”.



<b>Rodzaj niepełnosprawności</b>	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> 04-O – choroby narządu wzroku <input type="checkbox"/> 05-R – upośledzenie narządu ruchu <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne, proszę wpisać jaki: ..... <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
<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

Uprzedzony/-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 lub inny równoważny dokument)	<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 podkarpackie</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).



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

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