



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

| | |
|---------------------|--------------------------------------|
| Tytuł projektu | Ramię w ramię |
| Numer umowy PFRON | UM/PW9/2026/4/O_LUBELSKI/20322 |
| Program | Konkurs 1/2025 pn. „Siła możliwości” |
| 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 ¹) | | | | | | | | | | | |
| Adres e-mail | | | | | | | | | | | |
| Numer telefonu | | | | | | | | | | | |
| Województwo | | | | | | Powiat | | | | | |
| Gmina | | | | | | Miejscowość | | | | | |
| Kod pocztowy | | | | | | Ulica | | | | | |
| Nr domu/lokalu | | | | | | Obywatelstwo | | | | | |
| Adres do korespondencji <i>(uzupełnić, jeśli jest inny niż zamieszkania)</i> | | | | | | | | | | | |
| Jestem osobą zamieszkującą na obszarach wiejskich | | | | | | <input type="checkbox"/> Tak | | | <input type="checkbox"/> Nie | | |

| | |
|----------------------------|--|
| 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 |

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”.



| | |
|----------------------------------|--|
| | <input type="checkbox"/> Osoba częściowo niezdolna do pracy <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| Rodzaj niepełnosprawności | <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 |

ANKIETA POTRZEB/USPRAWNIEŃ 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 *(tylko odpowiedzi „TAK” kwalifikują do udziału w projekcie)*:

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Jestem osobą z niepełnosprawnościami ² o umiarkowanym i/lub znacznym stopniu niepełnosprawności, która ma długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, psychiczną, intelektualną lub w zakresie zmysłów <i>(należy dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności lub inny równoważny dokument)</i> | <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 | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Spełniam warunek, że nie jestem beneficjentem/-tką ostatecznym innego projektu dofinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Spełniam warunek, że nie otrzymuję wsparcia w postaci usług asystenckich z innych źródeł (np. ze środków EFS+, w ramach warsztatu terapii zajęciowej, środowiskowego domu samopomocy lub innej placówki) | <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 „**Ramię w ramię**”, 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. Nie otrzymuję wsparcia w postaci usług asystenckich z innych źródeł.
5. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail).
6. Zobowiązuję się do poinformowania o zmianach danych osobowych, w tym w szczególności danych kontaktowych, przez cały okres trwania projektu.
7. Wyrażam zgodę na nieodpłatne, wielokrotne, bezterminowe utrwalanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku utrwalonego podczas realizacji projektu „**Ramię w ramię**”, 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.
8. 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).
9. 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.
10. 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.
11. Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu projektowym, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie realizatora projektu.
12. Zostałem/-am poinformowany/-a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez realizatora projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
13. Zostałem/-am poinformowany/-a o obowiązku przekazywania informacji na temat mojej sytuacji po opuszczeniu programu.
14. Zostałem/-am poinformowany/-a o zasadach równości szans kobiet i mężczyzn, zrównoważonego rozwoju oraz przeciwdziałaniu dyskryminacji.
15. 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