

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

## do projektu "Równi na starcie"

**Realizator:** Fundacja Centrum Niepełnosprawnych Przedsiębiorców

**Źródło finansowania:** Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

### I. DANE KANDYDATA

<b>Imię i nazwisko:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Adres zamieszkania (ulica, nr domu/lokalu):</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Województwo:</b>	
<b>Telefon kontaktowy:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

### II. INFORMACJE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany
<b>Symbol niepełnosprawności (np. 05-R, 10-N):</b>	
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Data ważności orzeczenia:</b>	



**Czy uczestniczyła Pani/Pan kiedykolwiek w projekcie asystenckim, tj. korzystała Pani/Pan z usług asystenta osobistego finansowanych ze środków publicznych? (źródła publiczne: Fundusze Europejskie/ Fundusz Solidarnościowy - Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej/ PFRON)?**

NIE, nigdy dotąd nie korzystałem/am z takiej formy pomocy i ubiegam się o asystenta po raz pierwszy.

TAK, w przeszłości korzystałem/am z usług asystenckich w ramach projektu, ale obecnie mój udział w programach zakończył się.

TAK, aktualnie korzystam z usług asystenta osobistego w ramach innego programu finansowanego ze środków publicznych.

**Gdzie Pan/Pani mieszka?**

Teren wiejski lub małe miasto (do 20 tys. mieszkańców)

Miasto powyżej 20 tys. mieszkańców

#### **IV. WSKAZANIE PREFEROWANEGO ASYSTENTA OSOBISTEGO (opcjonalnie)**

*Jeśli zna Pani/Pan osobę, którą chciałby/chciałaby Pani/Pan wskazać jako asystenta osobistego, proszę podać jej dane. **Uwaga: nie może to być członek rodziny, opiekun prawny ani osoba zamieszkująca wspólnie z kandydatem!***

<b>Imię i nazwisko wskazanego asystenta:</b>	
<b>Telefon kontaktowy asystenta:</b>	
<b>E-mail asystenta:</b>	

#### **V. OŚWIADCZENIA I ZGODY**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Równi na starcie”.

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie i zobowiązuję się do aktywnego udziału w zaplanowanych działaniach.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe i kompletne.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji i realizacji projektu (szczegóły w klauzuli informacyjnej).

Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki udziału w projekcie określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa, w szczególności jestem osobą pełnoletnią, zamieszkuję na terenie województwa lubelskiego oraz posiadam ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

## VI. LISTA ZAŁĄCZNIKÓW

Do Formularza zgłoszeniowego należy dołączyć:

- **Kserokopia aktualnego orzeczenia** o stopniu niepełnosprawności (znacznym, umiarkowanym lub równoważnym) – oryginał należy przedłożyć do wglądu w celu potwierdzenia zgodności.
- **Podpisana Deklaracja uczestnictwa** w projekcie (wypełniona czytelnie i podpisana własnoręcznie przez kandydata/opiekuna prawnego).
- **W przypadku osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych** – kserokopia prawomocnego postanowienia sądu o ustanowieniu opieki lub kurateli (oryginał do wglądu)

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Kandydata/ Opiekuna prawnego