

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

## do projektu "Moc możliwości"

**Realizator:** Fundacja Centrum Niepełnosprawnych Przedsiębiorców

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

### I. DANE KANDYDATA

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

### II. INFORMACJE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

### III. PUNKTACJA REKRUTACYJNA

Proszę zaznaczyć kryteria, które Pana/Pani dotyczą (komisja rekrutacyjna zweryfikuje na podstawie załączonych dokumentów):

Kryterium
<input type="checkbox"/> Posiadam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
<input type="checkbox"/> Zamieszkuję na terenie gminy wiejskiej

#### IV. SYTUACJA ŻYCIOWA KANDYDATA

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania oraz zaznaczenie kryteriów, które Pana/Panią dotyczą. Podane informacje posłużą do oceny zgłoszenia:

<b>Jaka jest Pana/Pani obecna sytuacja mieszkaniowa i stopień pomocy otrzymywanej od domowników lub innych ludzi?</b>
<input type="checkbox"/> Mieszkam samodzielnie i prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe (nie mam żadnej stałej pomocy w codziennych sprawach).
<input type="checkbox"/> Mieszkam z rodziną, która nie jest w stanie mi pomagać (np. z osobami, które same wymagają opieki ze względu na wiek, stan zdrowia, niepełnosprawność)
<input type="checkbox"/> Mieszkam z rodziną, ale pomoc jest ograniczona (np. ze względu na pracę domowników) – przez znaczną część dnia pozostaję bez wsparcia.
<input type="checkbox"/> Mieszkam z rodziną, która zapewnia mi regularną pomoc, jednak przez część dnia funkcjonuję samodzielnie.
<input type="checkbox"/> Mieszkam z rodziną lub opiekunami, którzy pomagają mi codziennie w większości czynności – rzadko pozostaję bez wsparcia.
<input type="checkbox"/> Mieszkam z rodziną, która zapewnia mi stałe i pełne wsparcie lub przebywam w placówce całodobowej – mam zapewnioną pomoc we wszystkich codziennych czynnościach.

#### V. WSKAZANIE PREFEROWANEGO ASYSTENTA OSOBISTEGO (opcjonalnie)

Jeśli zna Pan/Pani osobę, którą chciałby/chciałaby Pan/Pani wskazać jako asystenta osobistego, proszę podać jej dane. **Uwaga: nie może to być członek rodziny, opiekun prawny ani osoba zamieszkująca wspólnie z kandydatem. Osoba ta musi posiadać kwalifikacje lub min. 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie, które zostanie zweryfikowane przez Fundację**

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

#### VI. INFORMACJE DODATKOWE (opcjonalnie)

Proszę krótko opisać, w jakich obszarach potrzebuje Pan/Pani wsparcia asystenta osobistego (np. codzienne czynności, przemieszczanie się, praca, edukacja):

.....

.....

.....

.....

## VII. OŚWIADCZENIA I ZGODY

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z warunkami uczestnictwa w projekcie.
- Wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie i zobowiązuję się do aktywnego udziału w zaplanowanych działaniach.
- Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
- 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, w szczególności jestem osobą pełnoletnią, zamieszkuję na terenie województwa lubelskiego oraz posiadam ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.
- Oświadczam, że w chwili zgłoszenia do projektu nie korzystam z usług asystencji osobistej finansowanych z innych środków publicznych oraz zobowiązuję się do niepodejmowania takiego wsparcia w trakcie udziału w projekcie.

## VIII. LISTA ZAŁĄCZNIKÓW

Do formularza należy dołączyć:

- Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - oryginał należy przedłożyć do wglądu w celu potwierdzenia zgodności.
- Klauzula informacyjna RODO (podpisana)
- Deklaracja uczestnictwa w projekcie (podpisana)

*\* Jeśli kandydat nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, należy dołączyć kopię prawomocnego postanowienia sądu o ustanowieniu opieki (oryginał do okazania).*

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis kandydata/-tki/opiekuna prawnego