



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
„Wspólne kolędowanie”**

**JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ
I ZGŁASZAM SWOJE UCZESTNICTWO W PROJEKCIE**

DANE OSOBOWE (Proszę wypełnić drukowanymi literami)

Imię/imiona	
Nazwisko	
Data urodzenia	
Płeć (Kobieta/Mężczyzna)	
Wiek w chwili przystępowania) do projektu <i>(liczba ukończonych lat)</i>	
PESEL	

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE:

Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Województwo, Powiat	
Nr tel. stacjonarny	
Nr tel. komórkowy	
Adres e-mail	



ADRES KORESPONDENCYJNY I DANE KONTAKTOWE*:

Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Województwo, Powiat	
Nr tel. stacjonarny	
Nr tel. komórkowy	
Adres e-mail	

DANE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

Imię			
Nazwisko			
Rodzaj sprawowanej opieki (zaznacz x)	Rodzic	Opiekun prawny	Przedstawiciel ustawowy
Adres zamieszkania	Ulica/nr. domu/ nr. lokalu		
	Kod pocztowy/ Miejscowość		
	Województwo		
Telefon kontaktowy			

* Należy wypełnić w przypadku, gdy adres korespondencyjny jest inny niż adres zamieszkania.

DANE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

1. Orzeczenie o niepełnosprawności (tak/nie/nie dotyczy*)

POUCZENIE – do projektu mogą przystąpić jedynie osoby posiadające aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności bądź równoważne.

Stopień niepełnosprawności (zaznaczyć x):

znaczný	
umiarkowany	
lekki	

2. Oznaczenie w orzeczeniu o niepełnosprawności ZUS (opis/nie dotyczy*)

POUCZENIE – do projektu mogą przystąpić jedynie osoby posiadające aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności bądź równoważne.

OŚWIADCZENIA KANDYDATA/TKI:

1. Oświadczam, że jestem / nie jestem* zdolny/a do czynności cywilnoprawnych.	
Jeśli nie – konieczne dane do opiekuna prawnego:	
Imię i nazwisko	
Dane kontaktowe	Ul. Nr domu/ lokalu/..... Kod pocztowy/ Miejscowość/..... Tel. kontaktowy
2. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu, są zgodne z prawdą. W przypadku podania danych niezgodnych z prawdą zobowiązuję się do pokrycia kosztów finansowych spowodowanych poświadczaniem nieprawdy, przestępstwo z art. 271 Kodeksu Karnego	
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „ Wspólne kołędowanie ” i spełniam warunki uczestnictwa.	
4. Oświadczam także, iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt: " Wspólne kołędowanie " jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszy Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.	
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacji do projektu " Wspólne kołędowanie ", na podstawie art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).	

* Niepotrzebne skreślić

6. Oświadczam, że równolegle nie biorę udziału w innym projekcie systemowym, realizowanym w tym samym okresie przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

7. Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż wkład własny do projektu wynosi 5 zł za osobę.

8. Oświadczam, że zgłaszam do projektu osobę/y z mojego najbliższego otoczenia/ rodziny i potwierdzam nasze bliskie relacje¹:

<i>Imię i nazwisko</i>	
<i>Dane kontaktowe</i>	Ul. Nr domu/ lokalu/..... Kod poczt./ Miejscowość/..... Tel. kontaktowy
<i>Imię i nazwisko</i>	
<i>Dane kontaktowe</i>	Ul. Nr domu/ lokalu/..... Kod poczt./ Miejscowość/..... Tel. kontaktowy
<i>Imię i nazwisko</i>	
<i>Dane kontaktowe</i>	Ul. Nr domu/ lokalu/..... Kod poczt./ Miejscowość/..... Tel. kontaktowy

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
PODPIS

.....
PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO²

¹ Z założenia w projekcie mogą wsiąść udział 2, 3 osoby z rodziny i/lub najbliższego otoczenia osoby niepełnosprawnej.

² W przypadku wypełnienia formularza zgłoszeniowego przez osobę niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną sądowno, oświadczenie powinno zostać podpisane zarówno przez daną osobę jak również przez jej prawnego opiekuna.

REKRUTACJA
(wypełnia osoba odpowiedzialna za rekrutację)

Czy Pan/Pani posiada aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności bądź aktualne orzeczenie ZUS? ³	TAK	NIE ⁴
Data złożenia formularza zgłoszeniowego		
Data uczestnictwa w spotkaniu wigilijnym w Warszawie / Mielnie / Orzyszu / nie dotyczy*		

Na podstawie przedstawionych do wglądu dokumentów:

1. orzeczenia o niepełnosprawności,
2. orzeczenia ZUS,
3. inne

zaświadcza się, że kandydat/ ka **spełnia/nie spełnia*** warunki/ów uczestnictwa w Projekcie.

Decyzja kwalifikacyjna **POZYTYWNA / NEGATYWNA***

.....
PODPIS OSOBY
ODPOWIEDZIALNEJ ZA REKRUTACJĘ

* Niepotrzebne skreślić

³ W przypadku zakwalifikowania do projektu kandydat/ka przedstawia do wglądu orzeczenie

⁴ Jeśli NIE wypełnić tylko datę złożenia formularza