



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Aktywni na rynku pracy”

Tytuł projektu	Aktywni na rynku pracy
Konkurs PFRON	„Działamy razem”
Beneficjent	FUNDACJA ROZWOJU I AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ PRZYJAŹŃ

Prosimy wypełnić czytelnie, DRUKOWANYMI literami WSZYSTKIE BIAŁE POLA

INFORMACJE OGÓLNE O KANDYDACIE NA UCZESTNIKA PROJEKTU					
Imię				Nazwisko	
Data urodzenia				Płeć	Kobieta
PESEL					Mężczyzna
MIEJSCE ZAMIESZKANIA ¹					
Ulica			Nr domu		Nr lokalu
Kod pocztowy			Miejscowość		
Województwo			Powiat		
Gmina			Tel. kontaktowy		
Adres e-mail					
STATUS OSOBY W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU				NALEŻY ZAZNACZYĆ ODWIEDNIE POLE	

¹ Zgodnie z art. 25. Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu



Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Oświadczam, że jestem osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności²: Należy dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że jestem osobą pozostającą bez pracy: W przypadku osób zarejestrowanych w ewidencji urzędów pracy należy dołączyć zaświadczenie z urzędu pracy potwierdzające status.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Pozostaję bez pracy od:
Oświadczam, że nie jestem osobą objętą tymi samymi działaniami aktywizacyjnymi w ramach innych zadań lub projektów finansowych ze środków PFRON realizowanych w tym samym czasie (w tym za pośrednictwem samorządu województwa lub samorządu powiatowego).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Posiadam doświadczenie zawodowe	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Posiadam doświadczenie zawodowe (w latach):
Jestem zainteresowana/y udziałem w szkoleniu:	z jakiej tematyki, zakresu?

²o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573, 1981, z 2022 r. poz. 558, 1700, 1812. z późn. zm.)



Formularz potrzeb Osób Niepełnosprawnych:

Ankieta uzupełniająca **wszyscy Kandydaci/teki z niepełnosprawnościami** na Beneficjentów
Ostatecznych „Aktywni na rynku pracy”

Pyt. 1. Czy w przypadku uczestnictwa w projekcie “Aktywni na rynku pracy” będą Panu/Pani potrzebne dodatkowe usprawnienia? *Proszę przy każdym z niżej wymienionych usprawnień zaznaczyć odpowiedź TAK lub NIE.*

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Alternatywne formy materiałów szkoleniowych/ pomocniczych | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Specjalne wyżywienie | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Inne usprawnienia/potrzeby | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

Pyt. 2. W przypadku zaznaczenia w pytaniu 1 odpowiedzi „TAK” proszę o dokładne wskazanie potrzeb dodatkowego usprawnienia w ramach realizacji projektu “Aktywni na rynku pracy”

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, iż:

- Zapoznałem/am się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Akceptuję warunki regulaminu. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora Projektu – FUNDACJI ROZWOJU I AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ PRZYJAŹŃ o zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika, dane kontaktowe, status)
- Zostałam/em poinformowana/ny, że projekt jest współfinansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach konkursu „Działamy razem”.
- Zostałem/am poinformowany/a, że szkolenia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
- Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
- Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu szkoleniowym, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora Projektu.
- Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu kopii umowy o pracę lub zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie/potwierdzenia prowadzenia działalności gospodarczej, zarówno w przypadku podjęcia pracy w trakcie uczestnictwa w projekcie jak i po ukończeniu udziału w projekcie.
- Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora Projektu
- Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. dane oraz dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Miejscowość, dnia

CZYTELNY podpis kandydata