FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Nowa szansa!"

Tytuł projektu	**„Nowa szansa!"**
Konkurs PFRON	**„Siła możliwości"**
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					

WYKSZTAŁCENIE:	**NALEŻY ZAZNACZYĆ ODOWIEDNIE POLE**
Niepełne podstawowe	□ tak □ nie
Podstawowe	□ tak □ nie

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

Gimnazjalne	□ tak □ nie
Zawodowe	□ tak □ nie
Średnie	□ tak □ nie
Policealne	□ tak □ nie
Wyższe	□ tak □ nie
STATUS OSOBY W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU	**NALEŻY ZAZNACZYĆ ODOWIEDNIE POLE**
Oświadczam, że jestem osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności[2]: **Należy dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności.**	□ tak □ nie
Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w urzędzie pracy bez pracy: **W przypadku osób zarejestrowanych w ewidencji urzędów pracy należy dołączyć zaświadczenie z urzędu pracy potwierdzające status.**	□ tak □ nie Pozostaję bez pracy od: ……..
Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w urzędzie pracy bez pracy: **W przypadku osób niezarejestrowanych w ewidencji urzędów pracy należy dołączyć zaświadczenie z ZUS o niezgłoszeniu do składek społecznych**	□ tak □ nie Pozostaję bez pracy od: ……..
Oświadczam, <u>że nie jestem</u> osobą objętą tymi samymi działaniami aktywizacyjnymi w ramach innych zadań lub projektów finansowych ze środków PFRON realizowanych	□ tak □ nie

[2]o 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.)

w tym samym czasie (w tym za pośrednictwem samorządu województwa lub samorządu powiatowego).	
Posiadam doświadczenie zawodowe	□ tak □ nie Posiadam doświadczenie zawodowe (w latach): ……..
Jestem zainteresowana/y udziałem w szkoleniu:	z jakiej tematyki, zakresu? …… ……

Formularz potrzeb Osób Niepełnosprawnych:

Ankietę uzupełniają **wszyscy Kandydaci/tki z niepełnosprawnościami** na Beneficjentów Ostatecznych **„Nowa szansa!"**

Pyt. 1. Czy w przypadku uczestnictwa w projekcie" **Nowa szansa!"** będą Panu/Pani potrzebne dodatkowe usprawnienia? *Proszę przy każdym z niżej wymienionych usprawnień zaznaczyć odpowiedź TAK lub NIE*.

Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych	□ **TAK**	□ **NIE**
Alternatywne formy materiałów szkoleniowych/ pomocniczych	□ **TAK**	□ **NIE**
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie	□ **TAK**	□ **NIE**
Zapewnienie tłumacza języka migowego	□ **TAK**	□ **NIE**
Specjalne wyżywienie	□ **TAK**	□ **NIE**
Inne usprawnienia/potrzeby	□ **TAK**	□ **NIE**

Pyt. 2. W przypadku zaznaczenia w pytaniu 1 odpowiedzi „TAK" proszę o dokładne wskazanie potrzeb dodatkowego usprawnienia w ramach realizacji projektu „**Nowa szansa!**"

……

……

……

……

……

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 – FUNDACJ 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 „Siła możliwości".
- 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 .....