

Załącznik nr 1

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU:
„Z asystentem mogę więcej” - asystencja osobista osób z niepełnosprawnością

1. Imię i nazwisko kandydata			
2. Adres zamieszkania			
3. PESEL			
4. Data urodzenia			
5. Telefon kontaktowy			
6. E-mail			
7. Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna			
8. Adres zamieszkania rodzica/prawnego opiekuna	☐ Taki sam jak kandydata ☐ Inny:		
9. Orzeczona niepełnosprawność kandydata do projektu (dziecka lub osoby dorosłej)	☐ TAK		Data ważności orzeczenia:
10. Rodzaj niepełnosprawności	☐ 01-U upośledzenie umysłowe ☐ 02-P choroby psychiczne ☐ 05-R upośledzenie narządu ruchu ☐ 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe		Niepełnosprawność sprzężona ☐ TAK ☐ NIE
11. Prowadzenie gospodarstwa domowego przez rodzica/opiekuna prawnego kandydata do projektu	☐ samotnie ☐ ze współmałżonkiem		
12. Aktywność zawodowa rodziców/opiekunów prawnych	TAK ☐	NIE ☐	☐ jednego rodzica ☐ obojga rodziców
13. Aktywność społeczna rodziców/opiekunów prawnych	TAK ☐	NIE ☐	Rodzaj aktywności:
14. Uczestnictwo kandydata w innym projekcie dofinansowanym ze środków PFRON lub innych źródeł	TAK ☐	NIE ☐	
15. Liczba postulowanych godzin asystentury średnio w miesiącu	☐ 25 godzin	☐ od 25 do 30 godzin	☐ powyżej 30 godzin
16. Uzasadnij potrzebę realizacji usług asystenckich dla kandydata (dziecka/osoby dorosłej)			

Załącznik nr 1

17. Wskazanie asystenta	☐ TAK	Imię i nazwisko wskazanego asystenta:
	☐ NIE	Numer telefonu wskazanego asystenta:
18. Oświadczenia	1. Oświadczam, że podpisując zgłoszenie wyrażam jednocześnie zgodę na przetwarzanie danych osobowych w nim zawartych dla potrzeb związanych z realizacją projektu, w tym związanych z rekrutacją, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781). 2. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o projekcie i spełniam jego warunki. 3. Zapoznałem/am się z treścią Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie „Z asystentem mogę więcej” – asystencja osobista osób z niepełnosprawnością. 4. Oświadczam, że wobec beneficjenta projektu nie będą świadczone usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej. 5. W przypadku wskazania asystenta w niniejszym formularzu oświadczam, że ta osoba nie jest członkiem rodziny, opiekunem prawnym lub osobą faktycznie zamieszkującą wspólnie z beneficjentem ostatecznym projektu. 6. Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Realizatora projektu o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z usług asystenta. 7. Oświadczam, że jestem uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą zgodnie z §233 Kodeksu Karnego.	
19. Data i czytelny podpis kandydata/rodzica/opiekuna prawnego		