



Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących - formularz zgłoszeniowy Uczestnika Projektu (osoba niepełnosprawna)

Wypełnia Realizator Projektu:		
Data przyjęcia zgłoszenia		
Osoba przyjmująca zgłoszenie		
Sposób dostarczenia dokumentów zgłoszeniowych	<input type="checkbox"/> Osobiście <input type="checkbox"/> Poczta tradycyjną <input type="checkbox"/> Poczta elektroniczną	<input type="checkbox"/> Przesyłka kurierska <input type="checkbox"/> Inny sposób.....

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

### do projektu pn. „Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących”

Prosimy o wypełnienie wszystkich pól formularza czytelnie i drukowanymi literami

<b>DANE OSOBOWE</b> osoby zgłaszającej chęć udziału w Projekcie / Uczestnika Projektu																																									
Imię (imiona)																																									
Nazwisko																																									
Obywatelstwo																																									
Data i miejsce urodzenia																																									
PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																																								
Wiek w chwili przystąpienia do Projektu																																									
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna																																								
Seria i numer dowodu osobistego	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">Seria</td> <td colspan="14" style="text-align: center;">Numer</td> </tr> </table>																					Seria						Numer													
Seria						Numer																																			
Data wydania dowodu osobistego																																									
Termin ważności dowodu osobistego																																									
<b>DANE KONTAKTOWE</b>																																									
Numer telefonu																																									
Adres e-mail																																									
Adres do korespondencji <b>wpisać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania</b>																																									



Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących - formularz zgłoszeniowy Uczestnika Projektu (osoba niepełnosprawna)

<b>DANE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA I KWALIFIKACJI</b>	
Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w PUP <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP do I (pierwszego) <b>profilu pomocy</b> <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP do II (drugiego) <b>profilu pomocy</b> <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP do III (trzeciego) <b>profilu pomocy</b> <input type="checkbox"/> Osoba pracująca
Wykonywany zawód	
<b>ADRES ZAMIESZKANIA według przepisów Kodeksu Cywilnego</b>	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
<b>INFORMACJE DODATKOWE</b>	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej , migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Osoba z niepełnosprawnościami</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących - formularz zgłoszeniowy Uczestnika Projektu (osoba niepełnosprawna)

Zostałem/zostałam poinformowany/a o tym, iż złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.

Oświadczam, że **nie jestem** osobą odbywającą kary pozbawienia wolności.

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia rekrutacji w ramach Projektu „Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących”.

Podane dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. z 2004 r. Nr 100, poz. 1024).

**Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....  
**MIEJSCOWOŚĆ I DATA**

.....  
**CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA  
PROJEKTU\***



Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących - formularz zgłoszeniowy Uczestnika Projektu (osoba niepełnosprawna)

<b>Załączniki (wypełnia Realizator Projektu)</b>				
<b>Lp.</b>	<b>Nazwa załącznika</b>	<b>TAK (dostarczone)</b>	<b>NIE (nie dostarczone)</b>	<b>Uwagi</b>
1.	Załącznik numer 1 – Oświadczenie o miejscu zamieszkania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Załącznik numer 2 – Oświadczenie o braku aktywności zawodowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Załącznik numer 3 – Oświadczenie o posiadaniu orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Załącznik numer 4 – Oświadczenie o korzystaniu z pomocy udzielanej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa na lata 2014 - 2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Załącznik numer 5 – Oświadczenie o poziomie wykształcenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Załącznik numer 6 – Deklaracja Uczestnictwa w Projekcie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Załącznik numer 7 – Zgoda na przetwarzanie wizerunku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Załącznik nr 8 - Informacja o osobie z otoczenia - Opiekun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Zgoda na przetwarzanie danych osobowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Test Kompetencji Cyfrowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących - formularz zgłoszeniowy Uczestnika Projektu (osoba niepełnosprawna)

**Załącznik numer 1 do Formularza zgłoszeniowego**

**Oświadczenie o miejscu zamieszkania\***

Oświadczam, że ja niżej podpisany/podpisana .....  
(nazwisko i imię)

Zamieszkuję pod wskazanym poniżej adresem:

Ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

miejsowość ..... kod pocztowy .....

gmina.....,

powiat.....

województwo.....

**Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....  
**Data i podpis składającego  
oświadczenie**

\* Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której ta osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu (art. 25 Kodeksu Cywilnego).



Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących - formularz zgłoszeniowy Uczestnika Projektu (osoba niepełnosprawna)

## Załącznik numer 2 do Formularza zgłoszeniowego

### Oświadczenie o braku aktywności zawodowej

Oświadczam, że ja niżej podpisany/podpisana .....  
(nazwisko i imię)

Jestem osobą **bierną/nieaktywną** zawodowo

- TAK  
 NIE

**Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....  
**Data i podpis składającego  
oświadczenie**



Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących - formularz zgłoszeniowy Uczestnika Projektu (osoba niepełnosprawna)

**Załącznik numer 3 do Formularza zgłoszeniowego**

**Oświadczenie o posiadaniu orzeczenia o stopniu niepełnosprawności\***

Oświadczam, że ja niżej podpisany/podpisana .....  
(nazwisko i imię)

Posiadam aktualne orzeczenie o:

- Znacznym stopniu niepełnosprawności, I grupa inwalidzka
- Umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, II grupa inwalidzka
- Lekkim stopniu niepełnosprawności, III grupa inwalidzka

Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności zostało wydane ze względu na niepełnosprawność:

- wzroku
- słuchu
- ruchu
- inne (należy wpisać): .....

Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną

- TAK (jaką?  
.....

- NIE

**Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....  
**Data i podpis składającego  
oświadczenie**

\* Stopień niepełnosprawności według Ustawy z dnia 27.08.1997 r. o **rehabilitacji** zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych



Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących - formularz zgłoszeniowy Uczestnika Projektu (osoba niepełnosprawna)

### Załącznik numer 4 do Formularza zgłoszeniowego

#### Oświadczenie o korzystaniu z pomocy udzielanej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa na lata 2014 – 2020

Oświadczam, że ja niżej podpisany/podpisana .....  
(nazwisko i imię)

- Nie korzystam** z pomocy udzielanej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa na lata 2014 – 2020
- Korzystam** z pomocy udzielanej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa na lata 2014 – 2020

Ponadto oświadczam, iż zakres uzyskanego wsparcia w ramach projektu „Wiedza i umiejętność krokiem do aktywności” nie będzie powielał działań, które ja lub moja rodzina otrzymała lub otrzymuje z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ.

**Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....  
**Data i podpis składającego oświadczenie**





Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących - formularz zgłoszeniowy Uczestnika Projektu (osoba niepełnosprawna)

## Załącznik numer 5 do Formularza zgłoszeniowego

### Oświadczenie o poziomie wykształcenia

Oświadczam, że ja niżej podpisany/podpisana .....  
(nazwisko i imię)

#### Posiadam wykształcenie na poziomie:

- Brak** (brak formalnego wykształcenia)
- Podstawowym** (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)
- Gimnazjalnym** (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)
- Ponadgimnazjalnym** (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej zawodowej)
- Policealnym** (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest kształceniem wyższym)
- Wyższym licencjackim** (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich)
- Wyższym magisterskim** (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych magisterskich)
- Wyższym doktoranckim** (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych doktoranckich)

**Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....  
**Data i podpis składającego oświadczenie**



**Załącznik numer 6 do Formularza zgłoszeniowego**  
**Deklaracja Uczestnictwa w Projekcie**

Ja, niżej podpisany/podpisana .....  
(nazwisko i imię)

Deklaruję udział w Projekcie pn. „**Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących**”, realizowanym na terenie województwa Zachodniopomorskiego przez **Fundację Promocja Zdrowia** pełniącą rolę Lidera Projektu oraz **Fundację Ari Ari** pełniącą rolę Partnera Projektu, dofinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014 – 2020, . Działanie 7.1 Programy na rzecz integracji osób i rodzin zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym ukierunkowane na aktywizację społeczno-zawodową wykorzystującą instrumenty aktywizacji edukacyjnej, społecznej, zawodowej oraz Budżetu Państwa.

1. Oświadczam, że zapoznałem / zapoznałam się z **Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie**
2. Oświadczam, że spełniam kryteria rekrutacyjne uprawniające mnie do uczestnictwa w Projekcie., o których mowa w **Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie**.
3. Zobowiązuję się do systematycznego udziału w formach wsparcia, do których zostałam / zostałem zakwalifikowana / zakwalifikowany.
4. Zobowiązuję się do każdorazowego pisemnego potwierdzania swojej obecności na indywidualnych i grupowych zajęciach, do których zostałem / zostałam zakwalifikowany / zakwalifikowana, udziału w badaniach ewaluacyjnych w trakcie realizacji Projektu oraz po jego zakończeniu.
5. Zobowiązuję się do zawarcia Kontraktu Socjalnego (lub umowy równoważnej) z Realizatorem Projektu.
6. Oświadczam, że zostałem / zostałam poinformowany / poinformowana o tym, że Projekt został dofinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego.
7. Oświadczam, że zostałem / zostałam pouczony / pouczona o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....  
**Data i podpis składającego deklarację**



Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących - formularz zgłoszeniowy Uczestnika Projektu (osoba niepełnosprawna)

## Załącznik numer 9 do Formularza zgłoszeniowego

### Zgoda Uczestnika Projektu na przetwarzanie wizerunku

Ja, niżej podpisana/podpisany udzielam zgody:

**Fundacji Promocja Zdrowia** z siedzibą przy ulicy Aleja Bohaterów Bitwy Warszawy 27, kod pocztowy 70-340 Szczecin oraz **Fundacji Ari Ari** z siedzibą w Bydgoszczy przy ulicy Tadeusza Boya-Żeleńskiego 6/77, kod pocztowy 85 - 858, do nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego, wykorzystywania: zdjęć z moim wizerunkiem, nagrań, wypowiedzi bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, nagrań, wypowiedzi za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Fundację działalnością i celami Projektu: „Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących”, jednocześnie zrzekam się wszelkich roszczeń (istniejących i przyszłych) w tym o wynagrodzenie z tytułu wykorzystywania mojego wizerunku, nagrań, wypowiedzi na potrzeby jak w oświadczeniu.

\_\_\_\_\_

**Data**

\_\_\_\_\_

**Czytelny podpis**



Od aktywności do lepszej przyszłości - kompleksowa aktywizacja i integracja osób niewidomych i słabowidzących - formularz zgłoszeniowy Uczestnika Projektu (osoba niepełnosprawna)

---

**Załącznik numer 8 do Formularza zgłoszeniowego**

**Informacja o osobie z otoczenia, która weźmie udział w projekcie**

Ja, niżej podpisana/podpisany informuję, że osobą z mojego najbliższego otoczenia, która wraz zenną weźmie udział w zadaniu nr 2 Treningi umiejętności społecznych z udziałem osób z najbliższego otoczenia UP – instrument aktywizacji społecznej”, jest:

**Pan / Pani:** .....

Wskazana powyżej osoba jest zobowiązana do dostarczenia wymaganych dokumentów zgłoszeniowych, tj: Formularza zgłoszeniowego oraz zgody na przetwarzanie danych osobowych.

---

**Data**

---

**Czytelny podpis**