

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Horyzont możliwości”

Tytuł projektu	Horyzont możliwości
Konkurs PFRON	„Siła możliwości”
Beneficjent	Fundacja "Zielony Słoń"

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 ODWIEDNIE POLE				
Niepełne podstawowe					<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
Podstawowe					<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				

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



Gimnazjalne	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Zawodowe	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Średnie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Policealne	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wyższe	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
STATUS OSOBY W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU	NALEŻY ZAZNACZYĆ ODWIEDNIE POLE
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 bezrobotną zarejestrowaną w urzędzie 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 Pozostają bez pracy od:
Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w urzędzie pracy: W przypadku osób niezarejestrowanych w ewidencji urzędów pracy należy dołączyć zaświadczenie z ZUS o niezgłoszeniu do składek społecznych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Pozostają 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

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.)



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?

Formularz potrzeb Osób Niepełnosprawnych:

Ankieta uzupełniająca **wszyscy Kandydaci/teki z niepełnosprawnościami** na Beneficjentów
Ostatecznych projektu „Horyzont możliwości”

Pyt. 1. Czy w przypadku uczestnictwa w projekcie „Horyzont możliwości” będą Panu/Pani
potrzebne dodatkowe usprawnienia? *Prosimy 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 „Horyzont możliwości”

.....
.....
.....

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 „Zielony Słoń” 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 zaświadczenia 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

