

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

DO PROJEKTU „OŚRODEK INTEGRACJI SPOŁECZNEJ III”

(PROSIMY WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

1. Nazwisko i imię					
2. Adres zamieszkania/pobytu					
3. Adres zamieszkania/pobytu (jeśli inny)					
4. Telefon i e-mail kontaktowy					
5. PESEL				Wiek _____ lat	
6. Stopień niepełnosprawności lub niezdolności do pracy	☐ znaczny	☐ umiarkowany	☐ lekki	Podać datę ważności orzeczenia:	
	☐ CNDPiSE	☐ CNdP	☐ CzNdP		
7. Rodzaj niepełnosprawności	☐ narząd ruchu		☐ narząd słuchu/ mowy		☐ upośledzenie umysłowe
	☐ narząd ruchu - wózek inwal.		☐ epilepsja		☐ układ krążenia
	☐ narząd wzroku		☐ choroba psychiczna		☐ inne
8. Wykształcenie	☐ Brak (brak formalnego wykształcenia) ☐ Podstawowe (ukończone na poziomie szkoły podstawowej) ☐ Gimnazjalne (ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) ☐ Ponadgimnazjalne (ukończone na poziomie szkoły średniej/ zasadniczej / zawodowej) ☐ Pomaturalne (ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ☐ Wyższe (pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym)				
9. Kwalifikacje zawodowe	Wyuczony zawód/ ukończone kursy i szkolenia				
10. Status zawodowy	☐ bezrobotny – bez prawa do renty ☐ nieaktywny zawodowo (niezarejestrowany w UP) ☐ poszukujący pracy, niepracujący (zarej. W UP) ☐ zatrudnienie/ własna działalność gospodarcza			Nazwa zakładu pracy:	
11. Prowadzenie gospodarstwa domowego	☐ samodzielnie			☐ z rodziną	
	☐ z innym członkiem rodziny będącym także osoba niepełnosprawną				
12. Uczestnictwo w WTZ, ŚDS, ZAZ, innej instytucji	NIE	TAK	Nazwa i adres instytucji:		
13. Pobierana nauka / studia/ inne, jakie:	NIE	TAK	Nazwa Szkoły/Uczelni, kierunek:		
14. Sytuacja materialna	☐ bardzo zła		☐ zła	☐ średnia	☐ dobra
15. Równoczesne uczestnictwo w innych realizowanych projektach dofinansowanych ze środków PFRON,	☐ TAK		☐ NIE		
	Nazwa projektu, realizator, termin uczestnictwa, źródło finansowania:				

-Verte-

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
DO PROJEKTU „OŚRODEK INTEGRACJI SPOŁECZNEJ III”
(PROSIMY WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

16. Wnioskowane formy wsparcia:	
☐ z zakresu zdrowotnego, dietytyki i żywienia, ☐ z zakresu prawno-społecznego ☐ z zakresu zawodowego/pośrednictwo pracy ☐ z zakresu psychologicznego i psycho-społecznego ☐ inne / jakie? _____	
17. Potrzeba specjalistycznych usług transportowych	☐ TAK ☐ NIE
18. Uzasadnienie potrzeb specjalistycznych usług transportowych	
19. Wnioskowane warsztaty i kursy zawodowe:	
☐ grupa samopomocowa ☐ informatyczne ☐ gospodarczo-porządkowe ☐ biurowe	☐ kulinarne ☐ remontowo-budowlany ☐ inne (jakie) _____
20. Opis barier utrudniających udział BO w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami.	
21. Opis sytuacji zdrowotnej. ☐ zła ☐ zadawalająca ☐ dobra	
22. Oświadczam, że jestem uprzedzony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.	
23. Ochrona danych osobowych	<i>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i publikację wizerunku dla potrzeb związanych z realizacją projektu, w tym związanych z rekrutacją oraz sprawozdawczością przekazywanych do PFRON, zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).</i>
Data oraz podpis osoby dokonującej zgłoszenia	