



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Projekt „Terapia Szansą na Samodzielność”
współfinansowany ze środków PFRON w ramach
konkursu pn. „Sięgamy po sukces” (konkurs o zlecenie
zadań w formie wsparcia nr 1/2021), ogłoszonego na
podstawie art.11 i art.13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r
o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, w
związku z art.36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o
rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu
osób niepełnosprawnych.

**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
"TERAPIA SZANSĄ NA SAMODZIELNOŚĆ"**

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

I. DANE OSOBOWE (Proszę wypełnić drukowanymi literami)

Imię/imiona	
Nazwisko	
Data urodzenia	
Płeć (Kobieta/Mężczyzna)	
Wiek w chwili przystępowania) do projektu (liczba ukończonych lat	
PESEL	

ADRES ZAMELDOWANIA:

<i>Ulica</i>	
<i>Nr domu</i>	
Nr lokalu	
<i>Miejscowość</i>	
<i>Kod pocztowy</i>	
Obszar (wiejski/miejski)	
Powiat	
Województwo	
<i>Nr tel. stacjonarny</i>	
<i>Nr tel. komórkowy</i>	
<i>Adres e-mail</i>	

Fundacji Osób Wykluczonych „ Oblicza Życia” 09-410 Płock ul. Czwartaków 4/15.

Biuro Fundacji 09-410 Płock ul. Drętkiewicza 2

Tel.,881206506 e-mail: biuro@obliczazyci.pl; www.obliczazycia.pl

NIP 7743219188 REG 147218222 KRS 0000507304



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Projekt „Terapia Szansą na Samodzielność”
współfinansowany ze środków PFRON w ramach
konkursu pn. „Sięgamy po sukces” (konkurs o zlecenie
zadań w formie wsparcia nr 1/2021), ogłoszonego na
podstawie art.11 i art.13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r
o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, w
związku z art.36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o
rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu
osób niepełnosprawnych.

ADRES ZAMIESZKANIA/KORESPONDENCYJNY*:

<i>Ulica</i>	
<i>Nr domu</i>	
<i>Nr lokalu</i>	
<i>Miejscowość</i>	
<i>Kod pocztowy</i>	
<i>Województwo</i>	
<i>Nr tel. stacjonarny</i>	
<i>Nr tel. komórkowy</i>	
<i>Adres e-mail</i>	

Dane rodzica / opiekuna prawnego / przedstawiciela ustawowego:

Imię			
Nazwisko			
Rodzaj sprawowanej opieki (zaznacz x)	Rodziec	Opiekun prawny	Przedstawiciel ustawowy
Adres zamieszkania	Ulica/nr.domu/nr. lokalu		
	Kod pocztowy/ Miejscowość		
	Województwo		
Telefon kontaktowy			

INNE:

* Należy wypełnić w przypadku, gdy adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania.



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Projekt „Terapia Szansą na Samodzielność”
współfinansowany ze środków PFRON w ramach
konkursu pn. „Sięgamy po sukces” (konkurs o zlecenie
zadań w formie wsparcia nr 1/2021), ogłoszonego na
podstawie art.11 i art.13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r
o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, w
związku z art.36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o
rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu
osób niepełnosprawnych.

Czy Pan/Pani posiada aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? *	TAK	NIE
Data rozpoczęcia udziału w projekcie (wypełnia osoba odpowiedzialna za rekrutację)		

**w przypadku zakwalifikowania do projektu kandydat/ka przedstawia do wglądu orzeczenie o niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarskie przy niepełnosprawności sprzężonej*

CZY KORZYSTAŁ/A PAN/PANI WCZEŚNIEJ Z PROJEKTÓW FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PFRON?

Tak

Nie

JEŚLI TAK, TO Z JAKICH FORM WSPARCIA?

.....
.....

SKĄD DOWIEDZIAŁ/A SIĘ PAN/PANI O PROJEKCIE?

.....
.....

II DANE UZUPEŁNIAJĄCE

1. Orzeczenie o niepełnosprawności (tak/nie)

POUCZENIE – do projektu mogą przystąpić jedynie osoby posiadające aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności bądź równoważne.

2. Oznaczenie w orzeczeniu o niepełnosprawności

.....

3. Stopień niepełnosprawności:

..... grupa stopień (znaczny/umiarkowany/lekki).....

III. OŚWIADCZENIA KANDYDATA/TKI

Fundacji Osób Wykluczonych „ Oblicza Życia” 09-410 Płock ul. Czwartaków 4/15.

Biuro Fundacji 09-410 Płock ul. Drętkiewicza 2

Tel.,881206506 e-mail: biuro@obliczazyci.pl; www.obliczazycia.pl

NIP 7743219188 REG 147218222 KRS 0000507304



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Projekt „Terapia Szansą na Samodzielność”
współfinansowany ze środków PFRON w ramach
konkursu pn. „Sięgamy po sukces” (konkurs o zlecenie
zadań w formie wsparcia nr 1/2021), ogłoszonego na
podstawie art.11 i art.13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r
o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, w
związku z art.36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o
rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu
osób niepełnosprawnych.

1. Oświadczam, że jestem / nie jestem* zdolny/a do czynności cywilnoprawnych.

Jeśli nie – konieczne dane do opiekuna prawnego:

<i>Imię i nazwisko</i>	
<i>Dane kontaktowe</i>	Ul. Nr domu/ lokalu/..... Kod pocztowy/ Miejscowość/..... Tel. kontaktowy

2. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu, są zgodne z prawdą. W przypadku podania danych niezgodnych z prawdą zobowiązuję się do pokrycia kosztów finansowych spowodowanych poświadczaniem nieprawdy, przestępstwo z art. 271 Kodeksu Karnego

3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „**TERAPIA SZANSĄ NA SAMODZIELNOŚĆ**” i spełniam warunki uczestnictwa.

4. Oświadczam także, iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt: " **TERAPIA SZANSĄ NA SAMODZIELNOŚĆ**" jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszy Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacji do projektu "TERAPIA SZANSĄ NA SAMODZIELNOŚĆ", na podstawie art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).

6. Oświadczam, że równolegle nie biorę udziału w innym projekcie systemowym, realizowanym w tym samym okresie przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
PODPIS

.....
PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO¹

¹ W przypadku wypełnienia formularza zgłoszeniowego przez osobę niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną sądownie, oświadczenie powinno zostać podpisane zarówno przez daną osobę jak również przez jej prawnego opiekuna.