Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**Projekt „Klucz do Samodzielności" współfinansowany ze środków PFRON w ramach konkursu pn. „Wspieramy aktywność" ( konkurs o zlecenie zadań w formie wsparcia nr 1/2024), ogłoszonego na podstawie art.11 i art.13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie związku z art.36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.**

Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie **„KLUCZ DO SAMODZIELNOŚCI"**

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**
**"Klucz do Samodzielności"**

**WYPEŁNIA osoba niepełnosprawna bądź opiekun osoby niepełnosprawnej:**

Ja niżej podpisany/a
.....

Numer PESEL
.....

Zamieszkały/a
.....

Deklaruję chęć udziału w Projekcie współfinansowanym ze środków PFRON, PROJEKT **„KLUCZ DO SAMODZIELNOŚCI"**
Uczestnik Projektu:

Imię i nazwisko
…….

Numer PESEL…….

Zamieszkały/a…….

i zobowiązuję się do uczestnictwa w nim w okresie jego trwania.
Zobowiązuję się do brania udziału w zaproponowanych dla mnie formach wsparcia w ramach Projektu i potwierdzania uczestnictwa na listach obecności. Ponadto, w przypadku choroby zobowiązuję się usprawiedliwić swoją nieobecność.
Zobowiązuję się również udzielać niezbędnych informacji o osiąganych rezultatach na każdym etapie realizacji Projektu oraz po jego zakończeniu.
Oświadczam, że:

- jestem osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym/umiarkowanym lub stopniu lekkim zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie KLUCZ DO SAMODZIELNOŚCI
- zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,

- zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu „KLUCZ DO SAMODZIELNOŚCI" ze środków PFRON
- nie korzystam/łem/łam z podobnych form wsparcia w identycznym zakresie, w projektach realizowanych w projektach realizowanych ze środków PFRON,
- zostałem/am poinformowany/a o obowiązku poddania się czynnościom kontrolnym,
- wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku utrwalonego na zdjęciach lub filmach w dowolnych wydawnictwach wykonanych na potrzeby projektu,

..... .

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA

.....

PODPIS UCZESTNIKA

| | |
|---|---|
| Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych | **Projekt „Klucz do Samodzielności" współfinansowany ze środków PFRON w ramach konkursu pn. „Wspieramy aktywność" ( konkurs o zlecenie zadań w formie wsparcia nr 1/2024), ogłoszonego na podstawie art.11 i art.13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie związku z art.36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.** |

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA

**WYPEŁNIA osoba niepełnosprawna bądź opiekun osoby niepełnosprawnej:**

**Ja niżej podpisany(a) deklaruję uczestnictwo kandydata /** tki

…… …… **na zajęciach:**

## ZAJĘCIA INDYWIDUALNE

**Logopedia** - 2 godziny w miesiącu ☐

**Kinezjologia edukacyjna** - 2 godziny w miesiącu ☐

**Biofeedback**–2 godziny w miesiącu ☐

**Integracja sensoryczna**– 2 godziny w miesiącu ☐

**Terapia Ręki** –2 godziny w miesiącu ☐

**Terapia widzenia -**2 godziny w miesiącu☐

**Rewalidacja -**2 godziny w miesiącu ☐

**Arteterapia -** 2 godziny w miesiącu ☐

w projekcie „KLUCZ DO SAMODZIELNOŚCI" organizowanego przez Fundację Osób Wykluczonych „Oblicza życia „ współfinasowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacyjny Osób Niepełnosprawnych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu „KLUCZ DO SAMODZIELNOŚCI"

Ja, niżej podpisany/a udzielam Fundacji Osób Wykluczonych „Oblicza życia" nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Fundację Osób Wykluczonych „Oblicza życia" działalnością. Oświadczam, że jestem pełnoletni/a i nieograniczony/a w zdolności do czynności prawnych, oraz że zapoznałem się z powyższą treścią i w pełni ją rozumiem.

……..

**Data miejsce i podpis**
**( uczestnika lub opiekuna dziecka)**

……
**Data i podpis koordynatora projektu**