



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, 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 "Klucz do Samodzielności"

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**I. DANE OSOBOWE** (Proszę wypełnić drukowanymi literami)

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

**ADRES ZAMELDOWANIA:**

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <i>Ulica</i>                    |  |
| <i>Nr domu</i>                  |  |
| <i>Nr lokalu</i>                |  |
| <i>Miejscowość</i>              |  |
| <i>Kod pocztowy</i>             |  |
| <b>Obszar (wiejski/miejski)</b> |  |
| <b>Powiat</b>                   |  |
| <b>Województwo</b>              |  |
| <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](mailto:biuro@obliczazyci.pl); [www.obliczazycia.pl](http://www.obliczazycia.pl)  
NIP 7743219188 REG 147218222 KRS 0000507304



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, w związku z art.36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.

### DRES ZAMIESZKANIA/KORESPONDENCYJNY<sup>1</sup>:

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <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:

|                                                    |                              |                       |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| <b>Imię</b>                                        |                              |                       |                                    |
| <b>Nazwisko</b>                                    |                              |                       |                                    |
| <b>Rodzaj sprawowanej opieki<br/>( zaznacz x )</b> | <b>Rodzic</b>                | <b>Opiekun prawny</b> | <b>Przedstawiciel<br/>ustawowy</b> |
|                                                    |                              |                       |                                    |
| <b>Adres zamieszkania</b>                          | Ulica/nr.domu/nr.<br>lokalu  |                       |                                    |
|                                                    | Kod pocztowy/<br>Miejscowość |                       |                                    |
|                                                    | Województwo                  |                       |                                    |
| <b>Telefon kontaktowy</b>                          |                              |                       |                                    |

**INNE:**

<sup>1</sup> Należy wypełnić w przypadku, gdy adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania.

**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](mailto:biuro@obliczazyci.pl); [www.obliczazycia.pl](http://www.obliczazycia.pl)  
NIP 7743219188 REG 147218222 KRS 0000507304



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, 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).....

**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](mailto:biuro@obliczazyci.pl); [www.obliczazycia.pl](http://www.obliczazycia.pl)  
NIP 7743219188 REG 147218222 KRS 0000507304



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, w związku z art.36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.

### III. OŚWIADCZENIA KANDYDATA/TKI

**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. ....<br>Nr domu/ lokalu ...../.....<br>Kod pocztowy/ Miejscowość ...../.....<br>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 poświadczeniem nieprawdy, przestępstwo z art. 271 Kodeksu Karnego

**3. Oświadczam,** że zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „KLUCZ DO SAMODZIELNOŚCI” i spełniam warunki uczestnictwa.

**4. Oświadczam** także, iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt: "KLUCZ DO SAMODZIELNOŚCI" jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszy Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**5. Wyrażam** zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacji do projektu "KLUCZ DO SAMODZIELNOŚCI", 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 PRAWNEGO

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](mailto:biuro@obliczazyci.pl); [www.obliczazycia.pl](http://www.obliczazycia.pl)  
NIP 7743219188 REG 147218222 KRS 0000507304