

Projekt „W DRODZE DO SIEBIE ” współfinansowany ze środków PFRON w ramach konkursu o zlecenie realizacji zadań w formie wsparcia nr 1/2025 pn. „Siła możliwości ”, na podstawie art. 11 i art. 13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, w związku z art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie  
"W DRODZE DO SIEBIE"

## 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)<br/>do projektu (liczba ukończonych lat</b> |  |
| <b>PESEL</b>   |  |

### ADRES ZAMELDOWANIA:

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <i>Ulica</i>                    |  |
| <i>Nr domu</i>                  |  |
| <b>Nr lokalu</b>                |  |
| <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>        |  |

Projekt „W DRODZE DO SIEBIE ” współfinansowany ze środków PFRON w ramach konkursu o zlecenie realizacji zadań w formie wsparcia nr 1/2025 pn. „Siła możliwości ”, na podstawie art. 11 i art. 13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, w związku z art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

|                     |  |
|---------------------|--|
| <i>Adres e-mail</i> |  |
|---------------------|--|

**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:**

|  |                              |                       |                                    |
|--|------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| <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>                          |                              |                       |                                    |

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

Projekt „W DRODZE DO SIEBIE ” współfinansowany ze środków PFRON w ramach konkursu o zlecenie realizacji zadań w formie wsparcia nr 1/2025 pn. „Siła możliwości ”, na podstawie art. 11 i art. 13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, w związku z art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

**INNE:**

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| Czy Pan/Pani posiada aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? *              | TAK | NIE |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie<br>(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).....**

Projekt „W DRODZE DO SIEBIE ” współfinansowany ze środków PFRON w ramach konkursu o zlecenie realizacji zadań w formie wsparcia nr 1/2025 pn. „Siła możliwości ”, na podstawie art. 11 i art. 13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, w związku z art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

### III. OŚWIADCZENIA KANDYDATA/TKI

|   |   |
|---|---|
| <b>1. Oświadczam, że jestem / nie jestem* zdolny/a do czynności cywilnoprawnych.</b><br>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 ..... |
| <b>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</b> |   |
| <b>3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „W DRODZE DO SIEBIE” i spełniam warunki uczestnictwa.</b>   |   |
| <b>4. Oświadczam także, iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt: " W DRODZE DO SIEBIE” jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszy Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych</b>  |   |
| <b>5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacji do projektu " W DRODZE DO SIEBIE ”, 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.).</b>                        |   |
| <b>6. Oświadczam, że równoległe nie biorę udziału w innym projekcie systemowym, realizowanym w tym samym okresie przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.</b>  |   |

.....  
*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

.....  
*PODPIS*

.....  
*PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO<sup>1</sup>*

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