

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

w Projekcie pn. „Poprawa – tryb ON”

Ja, niżej podpisana/-y,

.....
(Imię i nazwisko),

Zamieszkała/-y

.....
.....
(adres zamieszkania: ulica, numer domu/mieszkania, kod, miejscowość, województwo)

Nr PESEL:

Telefon kontaktowy..... Adres e - mail.....

deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie pn. „Poprawa – tryb ON”, realizowanego przez Fundację „Praca dla Niewidomych”, współfinansowanym przez Zarząd Województwa Mazowieckiego w ramach otwartego konkursu ofert na realizację w latach 2023–2025 zadań publicznych Województwa Mazowieckiego w obszarze „Działalność na rzecz osób niepełnosprawnych”, zadanie pn.: „Organizowanie i prowadzenie działań na rzecz osób niepełnosprawnych i ich otoczenia w latach 2023–2025”.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Jestem osobą niepełnosprawną, posiadającą aktualne orzeczenie o niepełnosprawności
 Tak
 Nie
2. Jestem osobą w wieku powyżej 16 roku życia
 Tak
 Nie
3. Jestem mieszkańcem województwa mazowieckiego
 Tak
 Nie

„Zadanie publiczne sfinansowane ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego”

4. Jestem uczestnikiem warsztatów terapii zajęciowej, środowiskowych domów samopomocy, szkół specjalnych, specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych i innych dziennych placówek wsparcia *
- Tak, uczestniczę w godzinach od do
- Nie
5. Jestem mieszkańcem domów pomocy społecznej oraz całodobowych placówek wsparcia
- Tak
- Nie
6. Zapoznałam/-em się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie, akceptuję jego warunki i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
7. Spełniam kryteria rekrutacyjne uprawniające mnie do uczestnictwa w Projekcie.
8. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich wskazanych formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Fundację.
9. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Fundacji o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.
10. Zostałam/em uprzedzona/y o obowiązku przekazania informacji dotyczących moich danych po zakończeniu udziału w Projekcie zgodnie z zakresem danych określonych w załączniku nr 3 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa.
11. Zostałam/em uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oraz że dane zawarte w niniejszej Deklaracji uczestnictwa są zgodne z prawdą.
12. Zostałam/-em poinformowana/-y, że Projekt jest współfinansowany przez Zarząd Województwa Mazowieckiego.
13. Wyrażam zgodę na otrzymywanie komunikatów informacyjnych w celu realizacji Projektu na wskazany w zgłoszeniu telefon kontaktowy lub adres e-mail
- Tak
- Nie

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

- * W roku 2024 w uzasadnionych przypadkach dopuszcza się kwalifikowanie do projektu uczestników przytoczonych dziennych placówek, z zastrzeżeniem objęcia ich zadaniem jedynie poza godzinami funkcjonowania wyżej wymienionych podmiotów.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**I. Informacja o projekcie**

Tytuł projektu	„Poprawa – tryb ON”
Organizator	Fundacja „Praca dla Niewidomych”
Numer umowy	
Okres realizacji	

II. Dane Uczestnika/Uczestniczki projektu, który/a otrzymuje wsparcie

Imię	
Nazwisko	
Wiek w chwili przystępowania do projektu	
PESEL	
Ulica	
Nr domu	
Nr mieszkania	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Województwo	
Telefon kontaktowy	
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

Posiadam status osoby z niepełnosprawnościami: (dane wrażliwe) (wymagana kserokopia oświadczenia potwierdzona za zgodność z oryginałem)	<input type="checkbox"/> tak (w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.) <input type="checkbox"/> nie
	Rodzaj niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> osoba niewidoma/słabowidząca <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> osoba niepełnosprawna ruchowo <input type="checkbox"/> inne schorzenia - proszę podać jakie:
W przypadku odpowiedzi TAK posiadam stopień/ niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> znaczny, <input type="checkbox"/> umiarkowany, <input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> sprzężoną

Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w formularzu są prawdziwe oraz pouczony/a* o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż:

1. Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w projekcie „Poprawa – tryb ON” zawartymi w „Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa” w Projekcie oraz akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest przez Fundację „Praca dla Niewidomych”, współfinansowanym przez Zarząd Województwa Mazowieckiego w ramach otwartego konkursu ofert na realizację w latach 2023–2025 zadań publicznych Województwa Mazowieckiego w obszarze „Działalność na rzecz osób niepełnosprawnych”, zadanie pn.: „Organizowanie i prowadzenie działań na rzecz osób niepełnosprawnych i ich otoczenia w latach 2023–2025”.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w projekcie jest bezpłatny.
4. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „Poprawa – tryb ON” oraz zgodę na udział w procesie rekrutacyjnym.
5. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wznosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Organizatora Projektu – Fundacji „Praca dla Niewidomych” ul. Jasna 22, 00-054 Warszawa.

Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą oraz, iż są mi znane wszelkie konsekwencje prawne i odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
CZYTELNY PODPIS

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Poprawa – tryb ON” realizowanego przez Fundację „Praca dla Niewidomych”

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na używanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi przez Fundację „Praca dla Niewidomych” dla celów działań informacyjno-promocyjnych związanych z realizacją projektu „Poprawa – tryb ON”.

Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas zajęć i spotkań mogą zostać umieszczone na stronie internetowej projektu oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych. Podpisanie oświadczenia jest dobrowolne.

Zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń (istniejących i przyszłych), w tym również o wynagrodzenie względem Fundacji „Praca dla Niewidomych” z tytułu wykorzystywania mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi na potrzeby określone w oświadczeniu.

.....
Miejscowość, data

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

* niewłaściwe skreślić