**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU:**

1. Dane podstawowe uczestnika projektu (prosimy o wypełnienie wszystkich rubryk)

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko | Imię ( imiona) |
| Data urodzenia | Płeć K 🞎 M🞎 |
| PESEL \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | Wiek (w chwili przystąpienia do projektu) |

2. Adres zamieszkania uczestnika projektu (prosimy o wypełnienie wszystkich rubryk)

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość | Kod \_ \_ - \_ \_ \_ |
| Ulica | nr domu nr lokalu  |
| Województwo | Powiat |

3. Rodzaj i stopień niepełnosprawności/grupa inwalidzka uczestnika: (właściwe zaznaczyć)

 • znaczny

 • umiarkowany

 • lekki

* Orzeczenie o niepełnosprawności

Orzeczenie ważne do dnia ………………………………………………………………………

Rodzaj (symbol, proszę krótko opisać)……………………………………………………………………………………………

4. Inne informacje o stanie zdrowia, dodatkowe opinie(czy uczestnik jest chory na epilepsję, czy istnieją schorzenia ortopedyczne itp.): ……………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

5. Oświadczam, że: (właściwe zaznaczyć)

• uczestnik/uczestniczka\* nie bierze udziału w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON

• uczestnik/uczestniczka\* bierze udział w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......................................................................................................................

proszę wymienić tytuł projektu, okres realizacji, numer konkursu i cel programowy, Wnioskodawcę

 6. Czy uczestnik bierze udział w zajęciach terapii zajęciowej? Jeśli TAK to jakich:

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 7. Prosimy o krótkie uzasadnienie chęci uczestnictwa w projekcie:

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\*niepotrzebne skreślić

8. Prosimy zaznaczyć jakimi formami wsparcia jest Pani/Pan zainteresowany dla swojego dziecka:

a) Diagnoza - wsparcie indywidualne obowiązkowe

b) Trening w zakresie czynności w gospodarstwie domowym – wsparcie grupowe;

c) Arteterapia - wsparcie grupowe;

d) Ergoterapia - wsparcie grupowe;

e) Teatroterapia - wsparcie grupowe;

f) Dogoterapia - wsparcie grupowe;

g) Trening Umiejętności Społecznych - wsparcie grupowe;

h) Spotkania z psychologiem - wsparcie indywidualne;

i) Biofeedback - - wsparcie indywidualne;

**Oświadczam, że beneficjent/ka spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie i zostałam/zostałem pouczona/pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**

**Zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu pt. „Parasol" Centrum terapii dla osób z niepełnosprawnością intelektualną w Częstochowie. Edycja II współfinansowany przez PFRON w ramach konkursu pn. „Możemy więcej”(konkurs o zlecenie realizacji zadań w formie wsparcia nr 1/2023)**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez organizatora projektu w celach rekrutacji do projektu „Parasol" Centrum terapii dla osób z niepełnosprawnością intelektualną w Częstochowie. Edycja II współfinansowany przez PFRON w ramach konkursu pn. „Możemy więcej” (konkurs o zlecenie realizacji zadań w formie wsparcia nr 1/2023)**

…………………………………………… ………………………………………………..

miejscowość i data Czytelny Podpis uczestnika