****

**ZGŁOSZENIE**

do uczestnictwa w projekcie „Kurs na samodzielność 2021 – szkolenie w miejscu zamieszkania”

Zanim wypełni Pan/Pani zgłoszenie, proszę zapoznać się z treścią ogłoszenia o rekrutacji uczestników projektu.

Na szkolenie w miejscu zamieszkania można zgłosić się łącznie ze zgłoszeniem na szkolenie podstawowe (szkoła letnia) lub na szkolenie zaawansowane (zjazdy weekendowe).

Proszę o dokładne i czytelne wypełnienie zgłoszenia. Na ostatniej stronie znajduje się miejsce na własnoręczny podpis. Wypełnione zgłoszenie wraz z kopią orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub dokumentem równoważnym np.: KIZ) proszę dostarczyć do siedziby Fundacji:

emailem na adres biuro@fundacjavismaior.pl z tematem Kurs na samodzielność

lub

pocztą tradycyjną na adres Fundacja Vis Maior ul. Bitwy Warszawskiej 1920r. 10, 02-366 Warszawa, z dopiskiem Kurs na samodzielność

**Jeśli zgłoszenie będzie wypełniane długopisem, proszę o używanie liter drukowanych.**

W przypadku przesyłania ręcznie wypełnionego formularza mailem, proszę go po wypełnieniu zeskanować wraz z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności.

1. Imię i nazwisko:
2. Adres zamieszkania – kod pocztowy, miejscowość, numer domu, numer mieszkania (jeśli występuje):
3. PESEL:
4. Województwo:
5. Numer telefonu:
6. E-mail:
7. Stopień niepełnosprawności z powodu dysfunkcji wzroku:
8. Wykształcenie: proszę zaznaczyć znakiem x właściwe dla Pana/Pani na dzień wypełniania formularza:
9. przed obowiązkiem szkolnym
10. zajęcia rewalidacyjne
11. niepełne podstawowe
12. podstawowe
13. gimnazjalne
14. zawodowe
15. średnie
16. policealne
17. wyższe
18. Status na rynku pracy- proszę zaznaczyć znakiem x właściwe dla Pana/Pani na dzień wypełniania formularza:
19. nieaktywny zawodowo
20. poszukujący pracy, niezatrudniony
21. poszukujący pracy, zatrudniony
22. bezrobotny
23. zatrudniony w ZAZ
24. zatrudniony w ZPCh
25. zatrudniony na otwartym rynku pracy
26. nie dotyczy (np.: w przypadku osób emerytowanych, studentów) proszę wpisać przyczynę
27. Czy jest Pan/Pani zarejestrowany/a w Powiatowym urzędzie pracy - na dzień wypełniania formularza. Proszę wpisać tak lub nie.
28. Czy jest pan/pani uczestnikiem Warsztatów Terapii Zajęciowej – proszę wpisać tak lub nie.
29. Czy jest Pan/Pani zatrudniony/a w Zakładzie Aktywności Zawodowej? Proszę wpisać tak lub nie.
30. Czy jest pan/pani uczestnikiem Środowiskowego Domu Samopomocy?

Proszę wpisać tak lub nie.

1. Czy jest pan/pani mieszkańcem/podopiecznym placówek innych niż WTZ lub ŚDS, finansowanych ze środków publicznych na podstawie odrębnych przepisów

Proszę wpisać tak lub nie.

1. Czy od 01.04.2021 uczestniczy Pani/ Pan w projektach o podobnym charakterze w innych organizacjach? Jeśli tak, to proszę napisać od kiedy, w jakim rodzaju zajęć pan/pani uczestniczy i czy projekt jest dofinansowany ze środków PFRON?
2. Proszę wskazać rodzaj zajęć, w których chce Pan/Pani uczestniczyć w ramach projektu. Wybrane zajęcia proszę zaznaczyć znakiem x.
3. zajęcia z orientacji przestrzennej (doskonalenie techniki chodzenia z białą laską, nauka nowych tras, utrwalanie posiadanych umiejętności, ćwiczenie technik bezpiecznego poruszania się;
4. zajęcia z poruszania się z psem przewodnikiem (utrwalanie zdobytych umiejętności i zdobywanie nowych)
5. Zdalne szkolenie i konsultacje z użytkowania nowoczesnych technologii (usługi internetowe, programy komputerowe, aplikacje na smartfony)
6. Konsultacje w zakresie doboru sprzętu komputerowego i konfiguracji oprogramowania

Proszę krótko uzasadnić chęć wzięcia udziału w projekcie:

*Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.*

*Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią Ogłoszenia o naborze uczestników projektu oraz z Regulaminem i zgadzam się na zawarte tam postanowienia.*

*Wyrażam zgodę na informowanie mnie o innych działaniach fundacji.*

*Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Vis Maior i Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych również na potrzeby przyszłych rekrutacji, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Dane osobowe zostaną przekazane do PFRON za pośrednictwem EGW w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez Fundację oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez PFRON.*

**Informacja pandemiczna ws Covid-19**

*Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwy punkt):*

1. *Jestem osobą zaszczepioną końcową dawką*
2. *Jestem osobą zaszczepioną pierwszą dawką, termin drugiej dawki to:*
3. *Oczekuję na pierwsze szczepienie, termin szczepienia to:*
4. *Jestem ozdrowieńcem, chorowałem/chorowałam na Covid-19 w miesiącu:*
5. *Nie mogę się szczepić ze względu na mój stan zdrowia*
6. *Nie zamierzam się szczepić.*

*Data i podpis*

Projekt dofinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.