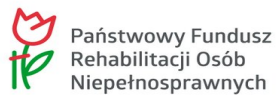




**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA ZGŁOSZENIE KANDYDATA DO PROJEKTU: "POMOCNA DŁOŃ 2"
- ASYSTENCJA OSOBISTA WSPARCIEM OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH INTELEKTUALNIE
Z TRISOMIĄ 21"**

1. Nazwisko i imię rodzica			
2. Adres zameldowania rodzica			
3. Adres zamieszkania (jeżeli jest inny)			
4. Numer telefonu i e-mail			
5. PESEL rodzica			
6. Nazwisko i imię, data urodzenia oraz PESEL kandydata do projektu (dziecka lub osoby dorosłej)		Data urodzenia	PESEL
7. Adres zamieszkania kandydata do projektu			
8. Orzeczona niepełnosprawność kandydata do projektu (dziecka lub osoby dorosłej)	<input type="checkbox"/> TAK		Data ważności orzeczenia:
9. Rodzaj niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność intelektualna		<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność sprzężona
10. Prowadzenie gosp. domowego przez rodziców/opiekunów kandydata do projektu	<input type="checkbox"/> samotnie		<input type="checkbox"/> ze współmałżonkiem
11. Aktywność zawodowa rodziców/opiekunów	TAK	NIE	<input type="checkbox"/> jednego rodzica <input type="checkbox"/> obojga rodziców
12. Aktywność społeczna rodziców/opiekunów	TAK	NIE	Rodzaj aktywności :
13. Uczestnictwo kandydata w innym projekcie dofinansowanym ze środków PFRON	TAK	NIE	
14. Inne uwagi			
15. Ilość postulowanych godzin asystentury średnio w miesiącu	<input type="checkbox"/> 25 godzin	<input type="checkbox"/> od 25 do 30 godzin	<input type="checkbox"/> powyżej 30 godzin
16. Uzasadnij potrzebę realizacji usług asystenckich dla kandydata (dziecka/osoby dorosłej)			
17. Oświadczenia	<p>1. Oświadczam, że podpisując zgłoszenie wyrażam jednocześnie zgodę na przetwarzanie danych osobowych w nim zawartych dla potrzeb związanych z realizacją projektu, w tym związanych z rekrutacją, zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).</p> <p>2. Oświadczam, że jestem uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą zgodnie z §233 Kodeksu Karnego.</p>		
18. Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna dokonującego zgłoszenia kandydata			



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Projekt realizowany przez Stowarzyszenie TRISO
z siedzibą w Opolu przy ul. 1 Maja 9 pok. 93
przy współfinansowaniu ze środków PFRON



45-068 Opole, ul. 1-go Maja 9 pok. 93 tel. 500611595 www.triso.com