





**12. Czy posiada Pan(Pani) orzeczenie o niepełnosprawności/orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? /**

**Czy Pana(i) syn/córka posiada orzeczenie o niepełnosprawności/orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?**

tak  nie

**13. Jakie orzeczenie Pan(Pani) posiada? / Jakie orzeczenie posiada Pana(i) syn/córka?**

- orzeczenie o niepełnosprawności, symbol przyczyny niepełnosprawności .....
- orzeczenie o niepełnosprawności ze sprzężeniami (tj. z więcej niż jednym symbolem przyczyny niepełnosprawności), symbole przyczyny niepełnosprawności .....
- orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, symbol przyczyny niepełnosprawności .....
- orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ze sprzężeniami (tj. z więcej niż jednym symbolem przyczyny niepełnosprawności), symbole przyczyny niepełnosprawności .....
- orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, symbol przyczyny niepełnosprawności .....
- orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności ze sprzężeniami (tj. z więcej niż jednym symbolem przyczyny niepełnosprawności), symbole przyczyny niepełnosprawności .....

**14. Czy jest Pan(i) osobą żyjącą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących?/ Czy Pana(i) syn/córka żyje w gospodarstwie domowym bez osób pracujących?**

tak  nie

**w tym żyjąca/ żyje w gospodarstwie domowym z więcej niż 2 dziećmi?**

tak  nie

**15. Czy Pana(i) matka/ojciec jest osobą samotnie wychowującą dziecko/dzieci? Czy jest Pan(i) osobą samotnie wychowującą dziecko/dzieci?**

tak  nie

**16. Czy ktoś z Pana(i) domowników jest osobą uzależnioną (np. od alkoholu, narkotyków, substancji psychoaktywnych...)?**

tak  nie

**17. Czy Pana(i) rodzice sprawują opiekę nad dzieckiem do 7 lat lub osobą zależną?/ Czy sprawuje Pana(i) opiekę nad dzieckiem do 7 lat lub osobą zależną?/**

tak  nie

**18. Czy Pana(i) rodzina jest rodziną zagrożoną ubóstwem i wykluczeniem społecznym przeżywającą trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczej ze względu na wychowywanie dziecka z niepełnosprawnością intelektualną, kwalifikującą się lub korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej?**

tak  nie

**19. Czy należy Pan(i) do mniejszości narodowej lub etnicznej, jest migrantem lub osobą obcego pochodzenia?**

tak  nie

**V. INFORMACJE O SYTUACJI ZAWODOWEJ**

**20. Oświadczam, że jestem osobą uczącą się w OREW w Staszowie/ oświadczam, że mój syn/córka jest osobą uczącą się w OREW w Staszowie:**

tak

nie



Projekt pn. „„Utworzenie Świetlicy Terapeutycznej w Kurozwękach dla osób z niepełnosprawnością intelektualną”

Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Staszowie  
28-200 Staszów, ul. Rytwiańska 23 NIP 866-150-47-24 REGON 260341290





Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

**21. Oświadczam, iż należę do jednej z wymienionych poniżej grup/ Oświadczam, że mój/moja syn/córka należy do jednej z grup:**

Proszę wpisać znak „x”

- osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przestanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt. 15 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego (...)
- osoby zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym zamieszkujące obszary poddane rewitalizacji wskazane w gminnych programach rewitalizacji;
- osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ);
- osób o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz osób z niepełnosprawnością sprzężoną, osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym osób z niepełnosprawnością intelektualną i osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi i/lub.

**22. Jakich korzyści oczekuje Pan(i) uczestnicząc w Projekcie / jakich korzyści oczekuje Pana(i) syn/córka uczestnicząc w Projekcie (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)?**

- a.  poprawa funkcjonowania w środowisku OREW
- b.  poprawa funkcjonowania w środowisku rodzinnym
- c.  organizacja czasu wolnego
- d.  pomoc w nauce
- e.  dostęp do terapii specjalistycznych
- f.  rozwój kompetencji kluczowych (kompetencji informatycznych, kompetencji komunikacyjnych, świadomości i ekspresji kulturalnej)

**23. Proszę krótko opisać powody, dla których zdecydował/a się Pan(i) na udział w Projekcie / Proszę krótko opisać powody, dla których Pana(i) syn/córka zdecydował(a) się na udział w Projekcie**

.....

.....

.....

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Utworzenie Świetlicy Terapeutycznej w Kurozwałkach dla osób z niepełnosprawnością intelektualną” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Zapoznałem/am się z zasadami udziału w Projekcie zawartymi w Regulaminie realizacji Projektu pn. „Utworzenie Świetlicy Terapeutycznej w Kurozwałkach dla osób z niepełnosprawnością intelektualną”;
2. Zostałam(em) poinformowana(y), że ww. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Funduszu Społecznego);
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia, nazwiska, adres zamieszkania, numer telefonu, adres mailowy, zgodnie z Rozporządzeniem 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



**Projekt pn. „Utworzenie Świetlicy Terapeutycznej w Kurozwałkach dla osób z niepełnosprawnością intelektualną”**

Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Staszowie  
28-200 Staszów, ul. Rytwiańska 23 NIP 866-150-47-24 REGON 260341290

Projekt realizowany na podstawie umowy o dofinansowanie zawartej z Województwem Świętokrzyskim reprezentowanym przez Zarząd Województwa pełniącym funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020





Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

(ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 w celu uczestnictwa w projekcie pn. „Utworzenie Świetlicy Terapeutycznej w Kurozwałkach dla osób z niepełnosprawnością intelektualną” planowanym do realizacji przez Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Staszowie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020;

4. Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i upowszechnianie mojego wizerunku przez Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Staszowie w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby realizowanego ww. Projektu, prowadzonej działalności oraz informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu; ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością w ramach RPSW.09.02.00;
5. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie realizacji ww. Projektu i po jego zakończeniu;
6. Jestem świadoma(y), że złożenie ww. dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w ww. Projekcie oraz, że złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi;
7. Zostałam(em) poinformowana(y) o możliwości udziału w formach wsparcia w ramach ww. Projektu;
8. Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.
9. Oświadczam, iż na dzień składania Formularza Zgłoszeniowego do projektu pn. „Utworzenie Świetlicy Terapeutycznej w Kurozwałkach dla osób z niepełnosprawnością intelektualną” nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych Projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis osoby składającej Formularz Zgłoszeniowy  
(imię i nazwisko)

#### VI. POTWIERDZENIE ZGODNOŚCI DANYCH – przez pracownika PSONI Koło w Staszowie.

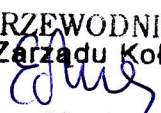
**Potwierdzam zgodność danych zawartych w pkt. I i II na podstawie okazanych mi do wglądu dokumentów.**

.....  
Miejscowość

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis pracownika PSONI Koło w Staszowie

PRZEWODNICZĄCA  
Zarządu Koła  
mgr Halina Łabuda

v-ce PRZEWODNICZĄCA  
Zarządu Koła  
  
Ewa Machnicka



Projekt pn. „Utworzenie Świetlicy Terapeutycznej w Kurozwałkach dla osób z niepełnosprawnością intelektualną”

Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Staszowie  
28-200 Staszów, ul. Rytwiarska 23 NIP 866-150-47-24 REGON 260341290

Projekt realizowany na podstawie umowy o dofinansowanie zawartej z Województwem Świętokrzyskim reprezentowanym przez Zarząd Województwa pełniącym funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020