

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Pracuję, więc mogę!”

Tytuł projektu	„Pracuję, więc mogę!”
Konkurs PFRON	„Siła możliwości”
Beneficjent	FUNDACJA KUDO

Prosimy wypełnić czytelnie, DRUKOWANYMI literami WSZYSTKIE BIAŁE POLA

INFORMACJE OGÓLNE O KANDYDACIE NA UCZESTNIKA PROJEKTU									
Imię						Nazwisko			
Data urodzenia						Płeć		Kobieta	
PESEL								Mężczyzna	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA ¹									
Ulica						Nr domu		Nr lokalu	
Kod pocztowy						Miejscowość			
Województwo						Powiat			
Gmina						Tel. kontaktowy			
Adres e-mail									
WYKSZTAŁCENIE:						NALEŻY ZAZNACZYĆ ODWIEDNIE POLE			
Niepełne podstawowe						☐ tak ☐ nie			
Podstawowe						☐ tak ☐ nie			

¹ Zgodnie z art. 25. Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu



Gimnazjalne	☐ tak ☐ nie
Zawodowe	☐ tak ☐ nie
Średnie	☐ tak ☐ nie
Policealne	☐ tak ☐ nie
Wyższe	☐ tak ☐ nie
STATUS OSOBY W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU	NALEŻY ZAZNACZYĆ ODWIEDNIE POLE
Oświadczam, że jestem osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności²: Należy dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności.	☐ tak ☐ nie
Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w urzędzie pracy bez pracy: W przypadku osób zarejestrowanych w ewidencji urzędów pracy należy dołączyć zaświadczenie z urzędu pracy potwierdzające status.	☐ tak ☐ nie Pozostaję bez pracy od:
Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w urzędzie pracy bez pracy: W przypadku osób niezarejestrowanych w ewidencji urzędów pracy należy dołączyć zaświadczenie z ZUS o niezgłoszeniu do składek społecznych	☐ tak ☐ nie Pozostaję bez pracy od:
Oświadczam, że nie jestem osobą objętą tymi samymi działaniami aktywizacyjnymi w ramach innych zadań lub projektów finansowych ze środków PFRON realizowanych	☐ tak ☐ nie

²o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573, 1981, z 2022 r. poz. 558, 1700, 1812. z późn. zm.)





w tym samym czasie (w tym za pośrednictwem samorządu województwa lub samorządu powiatowego).	
Posiadam doświadczenie zawodowe	☐ tak ☐ nie Posiadam doświadczenie zawodowe (w latach):
Jestem zainteresowana/y udziałem w szkoleniu:	z jakiej tematyki, zakresu?



Formularz potrzeb Osób Niepełnosprawnych:

Ankietę uzupełniają wszyscy Kandydaci/teki z niepełnosprawnościami na Beneficjentów
Ostatecznych „Pracuję, więc mogę!”

Pyt. 1. Czy w przypadku uczestnictwa w projekcie „Pracuję, więc mogę!” będą Panu/Pani potrzebne dodatkowe usprawnienia? *Proszę przy każdym z niżej wymienionych usprawnień zaznaczyć odpowiedź TAK lub NIE.*

Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych	☐ TAK	☐ NIE
Alternatywne formy materiałów szkoleniowych/ pomocniczych	☐ TAK	☐ NIE
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie	☐ TAK	☐ NIE
Zapewnienie tłumacza języka migowego	☐ TAK	☐ NIE
Specjalne wyżywienie	☐ TAK	☐ NIE
Inne usprawnienia/potrzeby	☐ TAK	☐ NIE

Pyt. 2. W przypadku zaznaczenia w pytaniu 1 odpowiedzi „TAK” proszę o dokładne wskazanie potrzeb dodatkowego usprawnienia w ramach realizacji projektu „Pracuję, więc mogę!”

.....

.....

.....

.....

.....



Oświadczam, iż:

- Zapoznałem/am się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Akceptuję warunki regulaminu. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora Projektu – FUNDACJI KUDO zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika, dane kontaktowe, status)
- Zostałam/em poinformowana/ny, że projekt jest współfinansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach konkursu „Siła możliwości”.
- Zostałem/am poinformowany/a, że szkolenia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
- Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
- Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu szkoleniowym, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora Projektu.
- Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu kopii umowy o pracę lub zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie/potwierdzenia prowadzenia działalności gospodarczej, zarówno w przypadku podjęcia pracy w trakcie uczestnictwa w projekcie jak i po ukończeniu udziału w projekcie.
- Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora Projektu
- Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. dane oraz dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Miejscowość, dnia

CZYTELNY podpis kandydata

