

MIEJSCE REALIZACJI PROGRAMU: 59-170 Przemków, ul. Głogowska 30

Formularz zgłoszeniowy dotyczy:

- osoby z niepełnosprawnościami,
- rodzica / opiekuna osoby z niepełnosprawnościami.

**Formularz zgłoszeniowy  
do uczestnictwa w mieszkaniu wspomaganym treningowym dla osób  
z niepełnosprawnościami w różnym stopniu  
w ramach projektu  
„Samodzielne mieszkanie szansą na niezależne życie”**

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie wsparcia w formie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami w ramach Projektu „Samodzielne mieszkanie szansą na niezależne życie”

1. Imię i nazwisko:.....

2. Data urodzenia: .....

3. PESEL: .....

4. Płeć: .....

5. Wykształcenie (należy zaznaczyć jedną z możliwości to jest najwyższy ukończony poziom wykształcenia):

- przed obowiązkiem szkolnym
- zajęcia rewalidacyjne
- niepełne podstawowe
- podstawowe
- gimnazjalne,
- zawodowe
- średnie
- policealne,
- wyższe.

**6. ADRES ZAMIESZKANIA I DANE TELEADRESOWE**

Ulica: .....

Numer budynku: .....

Numer lokalu: .....

Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

Gmina: .....

Powiat: .....

Projekt pn. „Samodzielne mieszkanie szansą na niezależne życie” jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Województwo: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

Adres e-mail osoby ubiegającej się o korzystanie z usług lub jej opiekuna:  
.....

#### 7. Forma zatrudnienia

- nieaktywni zawodowo
- poszukujący pracy niezatrudnieni
- poszukujący pracy zatrudnieni
- bezrobotni
- zatrudnieni w ZAZ
- zatrudnieni w ZPCH
- zatrudnieni na otwartym rynku pracy
- rejestracja w PUP
- nie dotyczy

#### 10. Osoba z niepełnosprawnościami:

- tak,
- nie,
- odmawiam podania informacji.

#### 11. Stopień niepełnosprawności

- lekki stopień
- umiarkowany stopień
- znaczny stopień

#### 12. Rodzaje niepełnosprawności według oznaczenia

- 01-U
- 02-P
- 03-L
- 04-O
- 05-R
- 06-E
- 07-S
- 08-T
- 09-M
- 10-N
- 11-I
- 12-C

W przypadku orzeczenia z ZUS proszę wpisać przyczynę niepełnosprawności

.....

13. Udział w Warsztacie Terapii Zajęciowej

- uczestnik/czka
- absolwent/ka
- nie dotyczy

14. Środowiskowy Dom Samopomocy

- uczestnik/czka
- absolwent/ka
- nie dotyczy

.....

**Podpis Kandydata** i jego opiekuna prawnego lub innej osoby działającej za tę osobę – w przypadku osób ubezwłasnowolnionych

.....

Data

## OŚWIADCZENIA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji mieszkania wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami w ramach Projektu „Samodzielne mieszkanie szansą na niezależne życie” i zobowiązuję się do jego stosowania.

1. Jestem świadoma/y, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
2. Potwierdzam wypełnienie wobec mnie obowiązku informacyjnego w zakresie przetwarzania przez Fundację Eudajmonia z siedzibą w Polkowicach moich danych osobowych niezbędnych do realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Oświadczam, iż nie otrzymywałam/em oraz nie otrzymuję wsparcia z innych źródeł w zakresie tożsamym lub zbliżonym do możliwego do otrzymania w ramach Projektu „Samodzielne mieszkanie szansą na niezależne życie”.
5. Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych / jestem osobą ubezwłasnowolnioną częściowo / jestem osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie\*.
6. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuję się do udostępnienia dokumentów źródłowych potwierdzających wiarygodność złożonych oświadczeń. Jednocześnie zobowiązuję się naprawienia wszelkich szkód wywołanych złożeniem niezgodnego ze stanem faktycznym oświadczenia, w szczególności do zapłaty kwoty odpowiadającej wysokości wydatków uznanych za niekwalifikowalne z uwagi na niespełnianie przeze mnie kryteriów udziału w Projekcie wraz z ewentualnymi odsetkami.

.....  
**Podpis Kandydata** i jego opiekuna prawnego lub innej osoby działającej za tę osobę  
– w przypadku osób ubezwłasnowolnionych

.....  
data

## OŚWIADCZENIA RODZICA / OPIEKUNA

1. Oświadczam, że sprawuję faktyczną opiekę nad .....  
(imię i nazwisko), tj. osobą z niepełnosprawnością.
2. Oświadczam, iż ww. osoba pozostająca pod moją opieką jest osobą posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych / ubezwłasnowolnioną częściowo / ubezwłasnowolnioną całkowicie\*.

Zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami w ramach projektu „Samodzielne mieszkanie szansą na niezależne życie” i zobowiązuję się do jego stosowania.

3. Jestem świadoma/y, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
4. Potwierdzam wypełnienie wobec mnie obowiązku informacyjnego w zakresie przetwarzania Fundację Eudajmonia w Polkowicach moich danych osobowych niezbędnych do realizacji Programu.
5. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
6. Oświadczam, iż nie otrzymywałam/em oraz nie otrzymuję wsparcia z innych źródeł w zakresie tożsamym lub zbliżonym do możliwego do otrzymania w ramach Projektu „Samodzielne mieszkanie szansą na niezależne życie”.
7. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuję się do udostępnienia dokumentów źródłowych potwierdzających wiarygodność złożonych oświadczeń. Jednocześnie zobowiązuję się naprawienia wszelkich szkód wywołanych złożeniem niezgodnego ze stanem faktycznym oświadczenia, w szczególności do zapłaty kwoty odpowiadającej kwocie wydatków uznanych za niekwalifikowalne z uwagi na niespełnianie przeze mnie udziału w Projekcie, wraz z ewentualnymi odsetkami.

.....

**Podpis Kandydata**

.....

Data

.....

(imię i nazwisko Kandydata / rodzica / opiekuna)