**ANKIETA ZGŁOSZENIOWA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Projekt „Nie jesteś sam(a)” realizowany przez Instytut Terapii i Usług Społecznych Sp. z o.o. finansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach „Powódź wrzesień 2024” – realizacja projektów przez NGO z pominięciem procedury konkursowej** | | | | |
| **imię** |  | | | |
| **nazwisko** |  | | | |
| **PESEL** |  | | | |
| **adres zamieszkania** |  | | | |
| **numer telefonu** |  | | | |
| **osoba z niepełnosprawnością** | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| **osoba będąca opiekunem faktycznym  osoby z niepełnosprawnością** | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| **osoba zamieszkująca samotnie** | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| **Deklaruję, iż spełniam następującą przesłankę zakwalifikowania  do udziału w projekcie**  **Do ankiety zgłoszeniowej należy załączyć dokumenty właściwe od zaznaczonej opcji.** | | [ ] posiadam zaświadczenie z OPS/PCPR potwierdzające poszkodowanie w wyniku powodzi  [ ] posiadam zaświadczenie/opinię psychologa lub innego specjalisty o negatywnym wpływie powodzi na stan emocjonalny  [ ] posiadam udokumentowanie doświadczenia poszkodowania w wyniku powodzi w postaci dokumentacji fotograficznej, zgłoszenia szkody do ubezpieczyciela, inny wiarygodny sposób | | |
| **Dodatkowe informacje** | | *W szczególności podaj dane osoby, w powiązaniu z którą ubiegasz się o udział w projekcie, np. osoba z niepełnosprawnościami podaje imię i nazwisko opiekuna faktycznego; opiekun faktyczny podaje imię i nazwisko osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.* | | |
| **OŚWIADCZENIA** | | | | |
| Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że składanie oświadczeń niezgodnych ze stanem faktycznym podlega odpowiedzialności. | | | | |
| Potwierdzam, że zostałem poinformowany/zostałam poinformowana,  że projekt jest finansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. | | | | |
| Zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie i zobowiązuje się do jego przestrzegania. | | | | |
| Oświadczam, że nie przebywam w placówce zapewniającej całodobową opiekę. | | | | |
| Zapoznałem/zapoznałam się z klauzulą informacyjną dot. Przetwarzania danych osobowych przez Administratora danych osobowych – Realizatora projektu. | | | | |
| Zapoznałem/zapoznałam się z klauzulą informacyjna dot. Przetwarzania danych osobowych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych | | | | |
| Oświadczam, iż nie korzystam ze wsparcia w innych projektach realizowanych w ramach działań Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych „Powódź wrzesień 2024”. | | | | |
| **Data** | | | **podpis kandydata/kandydatki  lub przedstawiciela ustawowego** | |
|  | | |  | |