**ANKIETA ZGŁOSZENIOWA**

|  |
| --- |
| **Projekt „Szybkie wsparcie dla powodzian w województwie śląskim” realizowany przez Instytut Terapii i Usług Społecznych Sp. z o.o. współfinansowany 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** |
| **Potrzeba dostosowania przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową** | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| Jeżeli TAK podaj szczegóły |  |
| **Potrzeba zapewnienia druku materiałów powiększoną czcionką**  | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| **Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych** | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| Jeżeli TAK podaj szczegóły |  |
| **Potrzeba zapewnienia tłumacza języka migowego** | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| Jeżeli TAK podaj szczegóły |  |
| **Inne specjalne potrzeby** | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| Jeżeli TAK podaj szczegóły |  |
| **Deklaruję, iż spełniam następującą przesłankę zakwalifikowania do udziału w projekcie****Do ankiety zgłoszeniowej należy załączyć dokumenty właściweod 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 |
| **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 dofinansowany 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. |
| 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** |
|  |  |