



1. Niepełnosprawności/grupa inwalidzka:

Orzeczenie o niepełnosprawności (stopień):

- znaczny
- umiarkowany
- lekki

Grupa inwalidzka:

- III grupa inwalidzka
- II grupa inwalidzka
- I grupa inwalidzka

Orzeczenie ważne do dnia:

.....

2. Rodzaj niepełnosprawności:

- 01-U - Upośledzenie umysłowe
- 02-P - Choroby psychiczne
- 03-L - Zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- 04-O - Choroby narządu wzroku
- 05-R - Upośledzenie narządu ruchu
- 06-E - Epilepsja
- 07-S - Choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T - Choroby układu pokarmowego
- 09-M - Choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N - Choroby neurologiczne
- 11-I - Inne schorzenia
- 12-C - Całościowe zaburzenia rozwojowe

3. Jakie trudności/ przeszkody związane z niepełnosprawnością napotyka Pan(i) w miejscu zamieszkania i poza miejscem zamieszkania?

.....
.....

4. Czy w związku z ww. rodzajem niepełnosprawności istnieje konieczność wsparcia dodatkowego umożliwiającego udział w projekcie (np. asystent osoby niepełnosprawnej, tłumacz języka migowego, zakup odpowiedniego oprogramowania)

- nie
- nie wiem
- tak, jakiego rodzaju, proszę krótko opisać:

.....
.....

5. Wykształcenie (prosimy zakreślić odpowiednie pole):

- podstawowe
- gimnazjalne
- zawodowe
- średnie
- policealne
- wyższe

6. Status na rynku pracy (prosimy zakreślić odpowiednie pole):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> nieaktywni zawodowo | <input type="checkbox"/> rencista/ka |
| <input type="checkbox"/> poszukujący pracy niezatrudniona/y | <input type="checkbox"/> student/ka studiów dziennych |
| <input type="checkbox"/> poszukujący pracy zatrudniona/y | <input type="checkbox"/> uczeń/uczennica szkoły dziennej |
| <input type="checkbox"/> bezrobotni | <input type="checkbox"/> niepracującą, niezarejestrowaną w PUP |
| <input type="checkbox"/> zatrudnieni w ZAZ | <input type="checkbox"/> nieprowadzącą innej działalności zarobkowej |
| <input type="checkbox"/> zatrudnieni w ZPCH | <input type="checkbox"/> nie dotyczy |

7. Rejestracja w PUP (prosimy zakreślić odpowiednie pole):

- niezarejestrowana/y w PUP
 zarejestrowana/y w PUP

8. Uczestnictwo w WTZ (prosimy zakreślić odpowiednie pole):

- absolwenci WTZ (proszę podać datę)
 nie byli w WTZ
 uczestnicy WTZ

9. Uczestnictwo w SDP (Środowiskowy Dom Pomocy)

- absolwenci ŚDP (proszę podać datę)
 nie byli w SDP
 uczestnicy ŚDP

10. Udział w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON

(prosimy zakreślić odpowiednie pole):

- nie biorę udziału w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON
 biorę udział w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON
 brałam/em udział w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON

.....
.....

proszę wymienić tytuł projektu, okres realizacji, numer konkursu i cel programowy, Wnioskodawcę

11. Mieszkaniec/podopieczny innej placówki finansowanej ze środków publicznych

- nie jestem mieszkańcem/podopiecznym innej placówki finansowanej ze środków publicznych
 jestem mieszkańcem/podopiecznym innej placówki finansowanej ze środków publicznych

Oświadczam, że jestem osobą:

- niezatrudnioną, nie wykonującą innej pracy zarobkowej,
- nieprowadzącą działalność gospodarczą
- nieubezpieczoną/-y w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS),
- zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy.

Oświadczam, że w przypadku podjęcia zatrudnienia w trakcie trwania projektu zobowiązuję się do powiadomienia o tym fakcie w ciągu 3 dni roboczych koordynatora projektu oraz zobowiązuję się do niezwłocznego przesłania/dostarczenia zaświadczenia o zatrudnieniu lub kopii umowy. Ponadto oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie, wszystkie wyżej podane dane są zgodne z prawdą i zostałam/zostałem pouczone/pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Oświadczam:

iż wszystkie podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania FUNDACJI „ODNOWA ŻYCIA” o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

POUCZENIE

§ 1. Zgodnie z art. 75 § 2 ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. 2018 poz. 2096) jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone **pod rygorem** odpowiedzialności za fałszywe zeznania. Przepis art. 83 § 3 stosuje się odpowiednio. Zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz..1997.88.553 ze zm.) kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

Do Formularza należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego do wyżej wymienionych

.....
Data i **czytelny** podpis osoby wyrażającej chęć udziału w projekcie