

DEKLARACJA / KARTA UCZESTNICTWA w projekcie

Konkurs numer 1/2025 pn. „Siła możliwości”

„KTOŚ dla CIEBIE – indywidualne wsparcie i rozwój na lata 2026-2029”

I. DANE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO

NAZWISKO i Imię: płeć: K M wiek: lat

PESEL: data ur. /R /M /D

stopień niepełnosprawności: symbol/e

nr orzeczenia: ważne do dnia: niezdolność do pracy:

Adres zamieszkania:

Miejscowość: Gmina: Powiat:

Kod pocztowy – Ul. nr domu / m.

Telefon email:

Przyczyna niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe)¹

<input type="checkbox"/> 01-U niepełnosprawność intelektualna	<input type="checkbox"/> 05-R upośledzenie narządu ruchu	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo-płciowego
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 11-I inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego
<input type="checkbox"/> 04-O choroby narządu wzroku	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

Jeśli Beneficjent Ostateczny jest niepełnoletni, ubezwłasnowolniony lub posiada pełnomocnika prosimy o wskazanie danych rodzica/opiekuna prawnego/pełnomocnika / w innym wypadku: osoby do kontaktu:

Nazwisko i Imię

telefon email:

Wskazanie Asystenta Osobistego:

Czy wskazuje Pan(i) Asystenta? Tak / Nie

Nazwisko i Imię

telefon email:

II. OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że: (właściwe zaznaczyć)

Beneficjent Ostateczny nie bierze udziału w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON

Beneficjent Ostateczny bierze udział w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON (prosimy o wskazanie organizacji realizującej projekt, tytułu projektu, rodzaju wsparcia, okresu udziału w projekcie)

2. Zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „KTOŚ dla CIEBIE – indywidualne wsparcie i rozwój na lata 2026-2029”.

3. Zapoznałem/zapoznałam się z Polityką oraz procedurami ochrony dzieci przed krzywdzeniem obowiązującymi w organizacji.

¹ Dotyczy orzeczeń równoważnych np. ZUS/KRUS/orzeczenia służb mundurowych

4. Oświadczam, że w roku 2026 nie korzystam z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków publicznych. Jednocześnie w przypadku rozpoczęcia korzystania z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków publicznych w okresie udziału w projekcie zobowiązuję się niezwłocznie zgłosić ten fakt do biura projektu².
5. Potwierdzam przeprowadzenie wywiadu przez koordynatora merytorycznego projektu.

III. Lista załączników:

1. Orzeczenie o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne.
2. Indywidualne Plany Działania w innych projektach finansowanych ze środków PFRON³.
3. Obowiązek informacyjny w związku z przetwarzaniem danych osobowych.
4. Informacja o zgodzie lub braku zgody na publikację wizerunku.

IV. OŚWIADCZENIA:

1. W celu zapewnienia wysokiej jakości usług asystenckich oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę i monitorowanie przez realizatora świadczonych usług. Czynności, o których mowa wyżej, dokonywane są bezpośrednio w miejscu realizacji usług.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji Programu.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „KTOŚ dla CIEBIE – indywidualne wsparcie i rozwój na lata 2026-2029”.
4. Oświadczam, że w godzinach realizacji usług asystencji osobistej, finansowanych ze środków PFRON bądź Funduszu Solidarnościowego, wobec uczestnika Programu określonego w niniejszej Karcie zgłoszenia do Programu nie będą świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym:
 - i. usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283, z późn. zm.),
 - ii. usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego albo finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych - o ile obejmują analogiczne wsparcie, finansowane ze środków publicznych.
5. W przypadku wskazania osoby Asystenta oświadczam, że osoba ta jest pełnoletnia, nie jest członkiem mojej rodziny, nie jest osobą faktycznie ze mną zamieszkującą, nie jest uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków z Funduszu Solidarnościowego i PFRON dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej i jest przygotowana do świadczenia dla mnie usług asystencji osobistej.
7. W przypadku, gdy w bieżącym roku kalendarzowym korzystam(łem/łam) z usług asystencji osobistej finansowanych ze środków PFRON lub Funduszu Solidarnościowego w ramach innych programów Ministra dotyczących usług asystencji osobistej, niniejszym upoważniam realizatora: FUNDACJĘ KTOŚ do potwierdzenia informacji.

.....
(data)

.....
(podpis Beneficjenta Ostatecznego/rodzica/opiekuna prawnego/petnomocnika)

² Dotyczy beneficjentów korzystających w ramach projektu z usług asystencji osobistej.

³ Jeśli Beneficjent Ostateczny bierze udział w innych projektach finansowanych ze środków PFRON, realizowanych przez inną organizację pozarządową.