

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Prosimy o wypełnienie formularza zgłoszeniowego czytelnie, drukowanymi literami

### POTWIERDZENIE WPŁYWU DO BIURA PROJEKTU (WYPEŁNIA ORGANIZATOR)

Data i godzina wpływu	
ID Uczestnika/czki	

Tytuł Projektu <b>Rehabilitacja, zaopatrzenie ortopedyczne, poradnictwo dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym” z terenu Mazowsza</b>
---

#### I. Dane uczestników/czek projektu, którzy otrzymują wsparcie w ramach Programu

	<i>Lp.</i>	<i>Nazwa</i>
<b>Dane uczestnika/czki (dziecka)</b>  <b>WYPEŁNIA RODZIC/OPIEKUN DANymi DZIECKA</b>	1	Imię/Imiona
	2	Nazwisko
	3	Płeć
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektu
	5	<b>PESEL</b>
	7	Ulica
	<b>Adres zamieszkania uczestnika/czki (dziecka)</b>  <b>Podpis rodzica/opiekuna prawnego kandydata/ki do projektu:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"></div> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"></div> </div>	8
9		Nr lokalu
10		Miejscowość
12		Kod pocztowy
13		Województwo
14		Powiat
15		Gmina
		czytelny podpis

## II. Dane rodzica/opiekuna prawnego uczestnika/czki projektu (dziecka)

	<i>Lp.</i>	<i>Nazwa</i>
<b>Dane rodzica/opiekuna prawnego</b> <b>WYPEŁNIA RODZIC/OPIEKUN SWOIMI DANYMI</b>	1	Imię/Imiona
	2	Nazwisko
	3	PESEL
	4	Telefon kontaktowy
	5	Adres e-mail
<p>Poniższym podpisem oświadczam, iż jestem rodzicem/opiekunem prawnym dziecka</p> <p>..... (imię i nazwisko dziecka) wskazanego w punkcie I. niniejszego formularza jako uczestnik/czka projektu</p> <p><b>Podpis rodzica/opiekuna prawnego kandydata/ki do projektu:</b></p>		<p>_____</p> <p><b>czytelny podpis</b></p>
<p>_____</p> <p><b>Miejscowość i data</b></p>		

### OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE KRYTERIÓW PREFEROWANYCH

W związku z ubieganiem się o udział w projekcie pt. „Rehabilitacja, zaopatrzenie ortopedyczne, poradnictwo dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym” z terenu Mazowsza” oświadczam, że moje dziecko/podopieczny:

- jest dzieckiem z rodziny w której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na os samotnie gospodarującą lub na os w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

TAK

NIE

- jest dzieckiem z niepełnosprawnością znaczną lub niepełnosprawnościami sprzężonymi

TAK

NIE

- jest dzieckiem z rodziny objętej opieką Ośrodka Pomocy Społecznej

TAK

NIE

- jest dzieckiem z rodziny z rodzicem samotnie wychowującym dziecko

TAK

NIE

- jest dzieckiem z rodziny wielodzietnej (trójka lub więcej dzieci)

TAK

NIE

### III. Pozostałe oświadczenia

W związku z ubieganiem się o udział mojego dziecka/podopiecznego w projekcie pt. „Rehabilitacja, zaopatrzenie ortopedyczne, poradnictwo dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym z terenu Mazowsza” oświadczam, że:

- jest dzieckiem do 16 roku życia, zamieszkującym na terenie województwa mazowieckiego;
- jest dzieckiem z orzeczoną niepełnosprawnością,
- jako rodzic/opiekun prawny zgłaszam z własnej inicjatywy chęć jego udziału w projekcie.

Ponadto oświadczam, że:

- u mojego dziecka nie występują medyczne przeciwwskazania do pobierania świadczeń udzielanych w ramach programu,
- zapoznałam/em się i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Rehabilitacja, zaopatrzenie ortopedyczne, poradnictwo dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym z terenu Mazowsza”
- zostałam poinformowany, że projekt „Rehabilitacja, zaopatrzenie ortopedyczne, poradnictwo dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym z terenu Mazowsza” współfinansowany jest przez Fundację Agencji Rozwoju Przemysłu.
- dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem faktycznym,
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie na potrzeby projektu „Rehabilitacja, zaopatrzenie ortopedyczne, poradnictwo dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym z terenu Mazowsza”,
- wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka/podopiecznego w projekcie i publikowanie jego wizerunku w celach promocyjno-informacyjnych projektu bez roszczenia jakiegokolwiek wynagrodzenia z tego tytułu,
- wyrażam zgodę na udział mój oraz mojego dziecka/podopiecznego w badaniach ankietowych prowadzonych przez Beneficjenta,
- jestem świadomy odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń.

---

Miejscowość i data

---

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego