



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

PILSKIE CENTRUM REHABILITACJI OSÓB NIEWIDOMYCH I NIEDOWIDZĄCYCH

Imię i nazwisko osoby objętej IPD: (wypełnić drukowanymi literami)			
Adres:			
PESEL:			
E-mail:			
Telefon:			
Numer legitymacji PZN:			
Stopień niepełnosprawności:	znaczny	umiarkowany	
Orzeczenie ważne do:	na stałe	do	
Zatrudnienie:	tak	nie	
Wykształcenie:			
WOJEWÓDZTWO:	WIELKOPOLSKIE		

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie „Pilskie Centrum Rehabilitacji Osób Niewidomych i Niedowidzących” realizowanego przez Polski Związek Niewidomych Okręg Wielkopolski w Poznaniu w terminie **01.04.2024 – 31.03.2027** Celem projektu jest *zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych realizowanego ze środków PFRON*

.....
Data i czytelny podpis BO

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby Polskiego Związku Niewidomych i udostępnienie ich do PFRON (Dz.U. z 2002 nr 101, poz. 926 ze zm.). Zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania. Wyrażam zgodę na udostępnienie wizerunku na potrzeby projektu

.....
Data i czytelny podpis BO



FORMY WSPARCIA PROPONOWANE W PROJEKCIE

Nazwa formy wsparcia
Zajęcia z nowoczesnych technologii
Zajęcia plastyczne doskonalenie koordynacji i sprawności
Wsparcie dla niewidomych i niedowidzących diabetyków
Zajęcia z psychologiem
Zajęcia Kulinarne z zakresu czynności życia codziennego
Wsparcie informacyjne
Poradnictwo dotyczące ulg i uprawnień

Zobowiązuję się do brania udziału w zaproponowanych dla mnie formach wsparcia w ramach Projektu i potwierdzania uczestnictwa na listach obecności. Zobowiązuję się również do udzielania niezbędnych informacji o osiągniętych rezultatach na każdym etapie realizacji Projektu.

Oświadczam, że:

- zostałem pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,
- zostałem poinformowany o współfinansowaniu Projektu przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON),
- nie korzystam z podobnych form wsparcia w identycznym zakresie w ramach innych projektów współfinansowanych przez PFRON.
- nie jestem uczestnikiem Warsztatów Terapii Zajęciowej, uczestnikiem Środowiskowego Domu Samopomocy oraz mieszkańcem/podopiecznym placówek innych niż WTZ lub ŚDS, finansowanych ze środków publicznych na podstawie odrębnych przepisów

.....

data i czytelny podpis BO

.....
Podpis koordynatora Projektu