



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

WIELKOPOLSKIE CENTRUM WSPIERANIA NIEZALEŻNOŚCI MÓJ ASYSTENT 5

Imię i nazwisko osoby objętej wsparciem (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 **WIELKOPOLSKIE CENTRUM WSPIERANIA NIEZALEŻNOŚCI - MÓJ ASYSTENT 5** realizowanego przez Polski Związek Niewidomych Okręg Wielkopolski w Poznaniu w terminie **01.04.2025– 31.03.2026r.** Celem projektu jest *zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych poprzez prowadzenie asystencji osobistej – projekt realizowany ze środków PFRON*

.....
Data i czytelny podpis BO

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz wizerunku 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.

.....
Data i czytelny podpis BO

**WIELKOPOLSKIE CENTRUM WSPIERANIA NIEZALEŻNOŚCI
MÓJ ASYSTENT 5**



Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:

.....
.....
.....
.....

Informacja na temat sytuacji bytowej tzn. mieszka samodzielnie, z rodziną,

.....
.....

Informacje na temat wnioskowanego zakresu usług asystenta osobistego:

.....
.....
.....
.....

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.
- Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami”.

.....

data i czytelny podpis BO

.....
Podpis koordynatora Projektu