



## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

### **WIELKOPOLSKIE CENTRUM WSPIERANIA NIEZALEŻNOŚCI MÓJ ASYSTENT 5**

<b>Imię i nazwisko osoby objętej wsparciem (wypełnić drukowanymi literami)</b>			
<b>Adres:</b>			
<b>PESEL:</b>			
<b>E-mail:</b>			
<b>Telefon:</b>			
<b>Numer legitymacji PZN:</b>			
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<b>znaczny</b>	<input type="checkbox"/>	<b>umiarkowany</b>
<b>Orzeczenie ważne do:</b>	<b>na stałe</b>	<input type="checkbox"/>	<b>do</b> .....
<b>Zatrudnienie:</b>	<b>tak</b>	<input type="checkbox"/>	<b>nie</b>
<b>Wykształcenie:</b>			
<b>WOJEWÓDZTWO:</b>	<b>WIELKOPOLSKIE</b>		

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie **WIELKOPOLSKIE CENTRUM WSPIERANIA NIEZALEŻNOŚCI - MÓJ ASYSTENT 5** realizowanego przez Polski Związek Niewidomych Okręg Wielkopolski w Poznaniu w terminie **01.04.2026– 31.03.2027r.** 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*



**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