

Projekt pn. „Kompleksowa rehabilitacja niepełnosprawnych dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych w Zespole Rehabilitacyjno – Terapeutycznym” współfinansowany jest ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

DEKLARACJA

PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Projekt pn. „Kompleksowa rehabilitacja niepełnosprawnych dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych w Zespole Rehabilitacyjno – Terapeutycznym”, realizowany jest przez Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną (PSONI) Koło w Iławie w ramach konkursu „Sięgamy po Sukces” (konkurs o zlecenie realizacji zadań w formie wsparcia nr 1/2021) na podstawie art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ogłoszonego przez PFRON w dniu 05 listopada 2021 r.

Informacja nt. Projektu:

Okres realizacji Projektu: 01.04.2022 r. – 31.03.2025 r.

- **Cel programowy Projektu:**

- Zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych (beneficjentów Projektu).

Cel ten będzie realizowany poprzez przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych,

podejmowanie działań na rzecz ich integracji i aktywizacji społecznej, m.in. poprzez:

- prowadzenie ciągłej i kompleksowej rehabilitacji i terapii (w tym hydroterapia i zajęcia w Sali Doświadczenia Świata),

- zwiększenie dostępu do specjalistów.

Dane beneficjenta	
IMIĘ I NAZWISKO:	
DATA URODZENIA:	
PESEL:	
RODZAJ/STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ	

Projekt pn. „Kompleksowa rehabilitacja niepełnosprawnych dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych w Zespole Rehabilitacyjno – Terapeutycznym” współfinansowany jest ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Dane adresowe	
IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO	
MIEJSCOWOŚĆ, GMINA, POWIAT:	
KOD, ULICA, NR DOMU :	
E-MAIL:	
TELEFON:	
Deklaracja przystąpienia	
<p>Uwagi dla personelu realizującego projekt dotyczące funkcjonowania dziecka (np. ataki agresji, autoagresji, epilepsja, pampersowanie, itp.:</p>	
<p>Ja, niżej podpisany/-na, oświadczam że:</p> <p>Chcę wziąć udział w w/w Projekcie/ (moje dziecko weźmie udział w projekcie)*, zorganizowanym przez PSONI Koło w Iławie i współfinansowanym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Deklaruję, że będę uczestniczył/-a we wszystkich zajęciach Projektu, zgodnie z opracowanym przeze mnie i Zespół Diagnostyczno - Rehabilitacyjny Indywidualnym Planem Działania, sumiennie, aktywnie, z pełnym zaangażowaniem i punktualnie.</p> <p>Oświadczam, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. jestem osobą niepełnosprawną i posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, b. w dniu rozpoczęcia Projektu (tj. 01.04.2022 r.) oraz w dniu mojego przystąpienia do Projektu nie byłem/-am uczestnikiem/-czką zajęć z zakresu terapii zajęciowej w innych placówkach, c. nie jestem objęty/-a wsparciem w ramach realizowanych równocześnie z Projektem „Kompleksowa rehabilitacja niepełnosprawnych dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych w Zespole Rehabilitacyjno - Terapeutycznym”, projektów współfinansowanych przez PFRON, których cele realizowanych form wsparcia zakładają osiągnięcie tego samego efektu jaki został określony dla w/w Projektu, 	

Projekt pn. „Kompleksowa rehabilitacja niepełnosprawnych dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych w Zespole Rehabilitacyjno – Terapeutycznym” współfinansowany jest ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Zobowiązuję się do udziału co najmniej w następujących formach wsparcia w ramach Projektu:

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a. Psycholog | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| b. Logopeda | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| c. Fizjoterapeuta prowadzący | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| d. Fizjoterapeuta | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| e. Terapia indywidualna | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| f. Integracja sensoryczna | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| g. Terapia grupowa | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania organizatora Projektu o zmianie danych kontaktowych, osobowych, jak również wygaśnięciu, przedłużeniu, zmianach przyczyny lub stopnia niepełnosprawności.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 533 ze zm.) za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie informacje, zawarte w niniejszej deklaracji uczestnictwa oraz formularzu zgody na przetwarzanie danych osobowych i wizerunku są zgodne z prawdą.

**Data i podpis beneficjenta projektu/
/Przedstawiciela ustawowego :**

*niepotrzebne skreślić