DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Tytuł projektu	**Program wsparcia rodzin osób z niepełnosprawnościami**
Realizator projektu	Fundacja Dzieci Uczą Rodziców

Prosimy o wypełnienie poniższego formularza

I. DANE KANDYDATA DO PROJEKTU:		
1.	Imię i nazwisko	
2.	Płeć (proszę zaznaczyć x we właściwym miejscu)	❑ Kobieta ❑ Mężczyzna
3.	Pesel	
4.	Data urodzenia	

II. DANE ADRESOWE KANDYDATA		
1.	Powiat	
2.	Gmina	
3.	Miejscowość	
4.	Ulica	
5.	Numer budynku/ lokalu	
6.	Kod pocztowy	
7.	Telefon kontaktowy	
8.	Adres e-mail	

Ja, niżej podpisany/a pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:

❑ wyrażam wolę uczestniczenia w projekcie pn. **„Program wsparcia rodzin osób z niepełnosprawnościami**" realizowanym przez Fundację Dzieci Uczą Rodziców.

❑ Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem projektu i akceptuję jego warunki[1].

❑ Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnościami w wieku 6-24 lat lub opiekunem osoby z niepełnosprawnościami w wieku 6-24 lat.

❑ Oświadczam, że wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.

❑ Oświadczam, że zostałem poinformowany/a o finansowaniu projektu ze środków Narodowego Instytutu Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego w ramach Rządowego Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich NOWEFIO na lata 2021-2030

❑ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu.

❑ Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji dotyczących projektu drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).

❑ Wyrażam zgodę na weryfikację przez personel projektu danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym w uprawnionych do tego instytucjach.

Data	Czytelny podpis Kandydata do projektu	Czytelny podpis opiekuna prawnego[2]

[1] Regulamin projektu zamieszczony na stronie https://www.wspierajmarzenia.pl/oraz w siedzibie Realizatora projektu

[2] W przypadku gdy uczestnikiem projektu jest osoba niepełnoletnia

Ankieta

dla kandydata do uczestnictwa w projekcie pn. „Program wsparcia rodzin osób z niepełnosprawnościami”

Jak Pan/Pani ocenia swoją sytuacje finansową?

1.	2.	3.	4.	5.
Bardzo dobrą	Dobrą	Przeciętną	Złą	Bardzo złą

Jak Pan/Pani ocenia swoją sytuacje swój stan zdrowia?

1.	2.	3.	4.	5.
Bardzo dobry	Dobry	Przeciętny	Zły	Bardzo zły

Jak Pan/Pani ocenia swoje samopoczucie?

1.	2.	3.	4.	5.
Bardzo dobre	Dobre	Przeciętne	Złe	Bardzo złe

Ile razy w ciągu ostatnich lat uczestniczył/a Pan/Pani w wydarzeniach kulturalnych (zwiedzanie muzeów i atrakcji turystycznych lub udział w koncertach, spektaklach teatralnych seansach filmowych itp.)

1.	2.	3.	4.	5.
Więcej niż 10 razy	Pomiędzy 5-10 razy	Pomiędzy 5-3 razy	Pomiędzy 1-3 razy	Nie uczestniczyłem/am

Ile razy w ciągu ostatnich lat uczestniczył/a Pan/Pani wyjazdach rekreacyjnych trwających więcej niż dwa dni (zorganizowane wycieczki, wczasy itp.)

1.	2.	3.	4.	5.
Więcej niż 5 razy	Pomiędzy 3-5 razy	Pomiędzy 1-3 razy	raz	Nie uczestniczyłem/am