|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY** | Nr …..…/WRS-OzN/FLOP/2025 |
| Wpłynęło dnia: …………………………………………… |
| Podpis pracownika: ……………………………………… |
| do uczestnictwa w warsztacie w ramach zadania publicznego pt. „Organizowanie i prowadzenie szkoleń, kursów i warsztatów dla członków rodzin osób niepełnosprawnych, opiekunów, kadry i wolontariuszy bezpośrednio zaangażowanych w proces rehabilitacji zawodowej lub społecznej osób niepełnosprawnych, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dotyczących procesu integracji osób niepełnosprawnych w najbliższym środowisku i społeczności lokalnej, zwiększania ich aktywności życiowej i zaradności osobistej oraz niezależności ekonomicznej, podnoszenia umiejętności pracy z osobami niepełnosprawnymi, w tym sprawowania nad nimi opieki i udzielania pomocy w procesie ich rehabilitacji” finansowanego ze środków PFRON przyznanych przez Samorząd Województwa Lubelskiego | |

*Uwaga! Wszystkie białe pola Formularza Zgłoszeniowego prosimy wypełnić czytelnie drukowanymi literami oraz zaznaczyć odpowiednie kwadraty*

**CZĘŚĆ I – Dane osoby zgłaszającej się do udziału w warsztacie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Imię i nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  1. PESEL | | |
| 1. Płeć: | Kobieta  Mężczyzna | |
| 1. Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1. E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 1. Ulica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1. Nr budynku \_\_\_ | 1. Nr lokalu \_\_\_\_\_ |
| 1. Miejscowość \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1. Kod pocztowy \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ | |
| 1. Gmina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1. Powiat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 1. Województwo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Jestem przedstawicielem/ką podmiotu bezpośrednio zaangażowanego w proces rehabilitacji społecznej osób z niepełnosprawnościami[[1]](#footnote-1) | TAK  NIE  Nie dotyczy |
| 1. Nazwa podmiotu, o którym mowa w pkt. 14 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Pełniona rola w podmiocie (o którym mowa w pkt. 14) w zakresie bezpośredniej realizacji działań na rzecz rehabilitacji społecznej osób z niepełnosprawnościami | Kadra (osoba zatrudniona na umowę o pracę lub umowę cywilnoprawną, osoba samozatrudniona)  Wolontariusz (osoba wykonująca świadczenia w formie wolontariatu)  Inna (jaka?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Zgłaszam swoje uczestnictwo w warsztacie: | „NGO bez barier – rehabilitacja społeczna osób  z niepełnosprawnościami w obszarze dostępności” w Chełmie w **dn. 23-24 września 2025 r.** (16 godz.) |
| 1. Jestem osobą niepełnosprawną[[2]](#footnote-2) | TAK, posiadam ważne orzeczenie  NIE  Odmawiam odpowiedzi |
| 1. Szczególne potrzeby (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź): | Nie dotyczy  Tłumacz Polskiego Języka Migowego (PJM)  Pętla indukcyjna  Pomoc asystenta osoby z niepełnosprawnościami  Inne (jakie?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Oświadczenie uczestnika/ki warsztatu:**

Ja, niżej podpisany/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_oświadczam, że:

1. Dobrowolnie deklaruję udział w zajęciach w ramach warsztatów.
2. Wszystkie dane i informacje podane w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą i zobowiązuję się bezzwłocznie poinformować o ich ewentualnej zmianie.
3. Zostałem/am poinformowany/a, iż uczestniczę w zadaniu publicznym finansowanym ze środków PFRON przyznanym przez Samorząd Województwa Lubelskiego.
4. Wyrażam zgodę na nieodpłatne udostępnienie mojego wizerunku, głosu i wypowiedzi utrwalonych na nośnikach cyfrowych na potrzeby promocji zadania publicznego.
5. Przyjmuję do wiadomości, że:
6. administratorem zebranych danych osobowych jest Związek Stowarzyszeń Forum Lubelskich Organizacji Pozarządowych, ul. Krakowskie Przedmieście 53, 20-076 Lublin, e-mail: [biuro@flop.lublin.pl](mailto:biuro@flop.lublin.pl), tel. 81 533 12 17,
7. dane osobowe będą przetwarzane, w związku z udziałem w warsztatach,
8. moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu monitoringu, sprawozdawczości i ewaluacji,
9. mam prawo dostępu do swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, przenoszenia danych, cofnięcia zgody na przetwarzanie danych, a także wniesienia skargi do organu nadzorczego.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Miejscowość i data* | *Czytelny podpis* |

**CZĘŚĆ II - Decyzja rekrutacyjna**

*(wypełnia Związek Stowarzyszeń Forum Lubelskich Organizacji Pozarządowych)*

Komisja Rekrutacyjna zakwalifikowała/nie zakwalifikowała *(niepotrzebne skreślić)*

imię i nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

do udziału w warsztacie:

„NGO bez barier – rehabilitacja społeczna osób z niepełnosprawnościami w obszarze dostępności” w Chełmie w dn. 23-24 września 2025 r. (16 godz.)

Krótkie uzasadnienie decyzji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej: |
| *Miejscowość i data* | 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Rehabilitacja społeczna realizowana jest przede wszystkim przez:

   1) wyrabianie zaradności osobistej i pobudzanie aktywności społecznej osoby niepełnosprawnej;

   2) wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych;

   3) **likwidację barier**, w szczególności architektonicznych, urbanistycznych, transportowych, technicznych, w komunikowaniu się i dostępie do informacji;

   4) kształtowanie w społeczeństwie właściwych postaw i zachowań sprzyjających integracji z osobami niepełnosprawnymi. [↑](#footnote-ref-1)
2. Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby z niepełnosprawnościami w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. [↑](#footnote-ref-2)