**DEKLARACJA**

**PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

# Projekt pn. „Prowadzenie rehabilitacji w Zespole Rehabilitacyjno – Terapeutycznym c.d.”, realizowany jest przez Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną (PSONI) Koło w Gryfinie w ramach konkursu nr 4/2017 „Samodzielni i skuteczni” – (w formie wsparcia) - art.36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ( Dz.U. z 2016 r. poz. 2046, z późn. zm.) art. 36– współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**Informacja nt Projektu:**

**Okres realizacji Projektu:** **01.04.2018r – 31.03.2020r. I okres – 1.04.2018 - 31.03.2019**

**II okres - 1.04.2019 - 31.03.2020**

* **Cel programowy Projektu:** 2. Zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych (beneficjentów Projektu).

Cel ten będzie realizowany m.in. poprzez:

- prowadzenie ciągłej i kompleksowej rehabilitacji i terapii,

- zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych - nauka samoobsługi i zaradności życiowej

- wyrabianie systematyczności, pracowitości i wytrwałości

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane beneficjenta** | |
| IMIĘ I NAZWISKO: |  |
| DATA URODZENIA: |  |
| PESEL: |  |
| RODZAJ/STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI |  |
| DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ |  |
| **Dane adresowe** | |
| IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO |  |
| MIEJSCOWOŚĆ, GMINA, POWIAT: |  |
| KOD, ULICA, NR DOMU : |  |
| TELEFON: |  |
| E- MAIL: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Deklaracja przystąpienia** | |
| Uwagi dla personelu realizującego projekt dotyczące funkcjonowania dziecka: | |
| Ja, niżej podpisany/-na, oświadczam że:   1. Chcę wziąć udział w w/w Projekcie/ (moje dziecko weźmie udział w projekcie)\*, zorganizowanym przez PSONI Koło w Gryfinie 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 Rehabilitacyjny Indywidualnym Planem Działania, sumiennie, aktywnie, z pełnym zaangażowaniem i punktualnie. 2. Oświadczam, że:    1. jestem osobą niepełnosprawną i posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności,    2. w dniu rozpoczęcia Projektu (tj. 01.04.2018) oraz w dniu mojego przystąpienia do Projektu nie jestem uczestnikiem/-czką Warsztatów Terapii Zajęciowej,    3. **nie jestem objęty/-a wsparciem w ramach realizowanych równocześnie z Projektem „Prowadzenie rehabilitacji w Zespole Rehabilitacyjno – Terapeutycznym c.d.”, projektów współfinansowanych przez PFRON, których cele realizowanych form wsparcia zakładają osiągnięcie tego samego efektu jaki został określony dla w/w Projektu,** 3. Zobowiązuję się do udziału co najmniej w następujących formach wsparcia w ramach Projektu:   - Terapia zajęciowa - Trening umiejętności samoobsługi i zaradności życiowej - Biblioterapia - Hortiterapia -Rehabilitacja ruchowa w tym zajęcia na basenie -Hipoterapia - Zajęcia logopedyczne - Zajęcia psychologiczne   1. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania organizatora Projektu o zmianie danych kontaktowych, osobowych, jak również wygaśnięciu, przedłużeniu, zmianach przyczyny lub stopnia niepełnosprawności. 2. 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