Załącznik nr 4  
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie  
„Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych”

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

„Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych”

**WYPEŁNIA osoba niepełnosprawna:**

Ja niżej podpisany/a ……………………………………………………………………………………..

Numer PESEL................................................…………………………………………………..

Zamieszkały/a..............................................................................................................................  
................................................………………………………………………………………..……………………………… ................................................………………………………………………….................................................

Deklaruję chęć udziału w Projekcie pn. „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych   
z terenów wiejskich i małomiasteczkowych” w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007 – 2013, Priorytet I „Zatrudnienie i integracja społeczna”, Działanie 1.3 „Ogólnopolskie programy integracji i aktywizacji zawodowej”, Poddziałanie 1.3.6 – „PFRON – projekty systemowe” i zobowiązuję się do uczestnictwa w nim w okresie jego trwania.

Zobowiązuję się do brania udziału w zaproponowanych dla mnie formach wsparcia w ramach Projektu i potwierdzania uczestnictwa na listach obecności. Ponadto, w przypadku nieobecności zobowiązuję się ją usprawiedliwić.

Zobowiązuję się również udzielać niezbędnych informacji o osiąganych rezultatach na każdym etapie realizacji Projektu oraz po jego zakończeniu.

Oświadczam, że:

* + - 1. jestem osobą nieaktywną zawodowo/bezrobotną\*, niepełnosprawną w stopniu znacznym/umiarkowanym/lekkim\*, moja choroba jest rzadko występującą niepełnosprawnością/niepełnosprawnością sprzężoną i podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą,
      2. zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie,
      3. zostałem/-am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych   
         z prawdą,
      4. zostałem/-am poinformowany/-a o współfinansowaniu Projektu „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych” ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
      5. wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku utrwalonego na zdjęciach lub filmach w dowolnych wydawnictwach wykonanych na potrzeby projektu,
      6. korzystam z materiałów w zwykłym, powiększonym druku, w brajlu, w formie elektronicznej\*
      7. nie korzystam z podobnych form wsparcia w identycznym zakresie w ramach innych

projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,

* + - 1. brałem udział w innych projektach realizowanych w ramach PO KL lub realizowanych ze środków PFRON.
  + TAK
  + NIE, nie korzystałem z żadnych form wsparcia w takich projektach
    - 1. [Wypełniają osoby, które zaznaczyły odp. „TAK” w pkt. 8] W projektach realizowanych w ramach PO KL lub realizowanych ze środków PFRON korzystałem z następujących form wsparcia (prosimy o zaznaczenie wszystkim prawdziwych odpowiedzi):
* Indywidualny Plan Działania stworzony w oparciu o szczegółową diagnozę potrzeb
* Warsztaty umiejętności społecznych
* Szkolenie podstawowe z obsługi komputera
* Seminarium prawne
* Indywidualne konsultacje z mentorem w obszarze aktywizacji społeczno-zawodowej
* Integracyjne wyjazdowe warsztaty aktywizacji społeczno-zawodowej
* Kontynuacja/rozpoczęcie nauki (finansowe wsparcie dla osób, które chcą lub kontynuują edukację formalną)
* Szkolenia zawodowe
* Szkolenia zawodowe zewnętrzne (finansowanie szkolenia indywidualnie dobranego do potrzeb).
* Szkolenie z przedsiębiorczości, działalności gospodarczej i spółdzielczości socjalnej
* Warsztaty w formie praktycznej nauki zawodu
* Pośrednictwo pracy
* Praktyki zawodowe
* Staż rehabilitacyjny
* Zatrudnienie wspomagane
* Inne wsparcie, niewymienione powyżej
  + - 1. W ramach Projektu nie będę korzystał z żadnych form wsparcia, które zaznaczyłem/-am w pkt. 9 niniejszej deklaracji

........................................................... ............................................................

MIEJSCOWOŚĆ I DATA PODPIS

............................................................

PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO\*\*

\*niepotrzebne skreślić

\*\*dotyczy osób niepełnoletnich lub ubezwłasnowolnionych sądowo