



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

ZAŁĄCZNIK DO ANKIETY REKRUTACYJNEJ

FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB ZWIĄZANYCH Z DOSTĘPNOŚCIĄ

DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Dokument opcjonalny – wypełnić wyłącznie w przypadku potrzeby.

projekt „Wracam z Siłą – aktywizacja kobiet z powiatu kędzierzyńsko-kozielskiego”

Numer projektu	FEOP.05.03-IZ.00-0001/25	Realizator / Beneficjent	OPEN Wojciech Rabiega
Cel formularza	Zgłoszenie potrzeb związanych z dostępnością na etapie rekrutacji i udziału w Projekcie.	Podstawa organizacyjna	Formularz wspiera realizację zasad dostępności i usług dostępowych w Projekcie.
Uwaga	Wypełnienie formularza jest dobrowolne. Formularz można złożyć wraz z ankietą rekrutacyjną albo później, jeśli potrzeba pojawi się na dalszym etapie.	Kontakt	Potrzeby można zgłosić także telefonicznie lub mailowo.

I. DANE KANDYDATKI / UCZESTNICZKI

Imię / imiona		Nazwisko	
Telefon kontaktowy		Adres e-mail	
Numer formularza / numer zgłoszenia		Data złożenia załącznika	

II. ZGŁOSZENIE POTRZEB ZWIĄZANYCH Z DOSTĘPNOŚCIĄ

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:

1. Zgłaszam potrzeby związane z dostępnością	☐ tak ☐ nie
2. Potrzeby dotyczą etapu rekrutacji	☐ tak ☐ nie
3. Potrzeby dotyczą udziału w zajęciach / wsparciu	☐ tak ☐ nie

III. JAKIEGO RODZAJU DOSTOSOWANIA SĄ POTRZEBNE?

1. bariery komunikacyjne	☐ tak ☐ nie
2. bariery ruchowe / potrzeba wsparcia w dotarciu lub poruszaniu się	☐ tak ☐ nie
3. tłumacz Polskiego Języka Migowego (PJM)	☐ tak ☐ nie
4. asystent osoby z niepełnosprawnością	☐ tak ☐ nie
5. materiały w formie dostępnej (np. elektronicznej, powiększony druk, wysoki kontrast)	☐ tak ☐ nie
6. kontakt w preferowanej formie (telefon / e-mail / spotkanie osobiste / przez osobę trzecią)	☐ tak ☐ nie
7. informacja o postępowaniu w sytuacji awaryjnej w formie dostępnej	☐ tak ☐ nie
8. inne potrzeby związane z dostępnością	☐ tak ☐ nie
9. dostosowane biuro projektu	☐ tak ☐ nie
10. dostosowana sala szkoleniowa	☐ tak ☐ nie
11. podjazd / winda / sala na parterze	☐ tak ☐ nie
12. wyposażenie sali dostosowane do potrzeb	☐ tak ☐ nie
13. możliwość telefonicznego wypełnienia formularza zgłoszeniowego	☐ tak ☐ nie
14. trener uwzględniający potrzeby osób z niepełnosprawnościami	☐ tak ☐ nie
15. nie zgłaszam szczególnych potrzeb	☐ tak ☐ nie

Proszę krótko opisać zgłaszane potrzeby / bariery:	
Proszę wskazać, w jakiej formie kontakt i materiały będą najdogodniejsze:	
IV. OŚWIADCZENIE KANDYDATKI / UCZESTNICZKI	
1. zgłaszam powyższe potrzeby w celu umożliwienia mi udziału w rekrutacji i / lub wsparciu w warunkach dostępności;	
2. przyjmuję do wiadomości, że Realizator podejmuje działania organizacyjne adekwatne do zgłoszonych potrzeb i możliwości Projektu;	
3. zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Realizatora, jeżeli moje potrzeby związane z dostępnością ulegną zmianie.	
Data	Czytelny podpis kandydatki / uczestniczki

V. CZĘŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ REALIZATORA			
Data przyjęcia zgłoszenia		Sposób zgłoszenia	☐ wraz z ankietą ☐ osobno ☐ telefonicznie ☐ mailowo
Potrzeby uznane za zasadne	☐ tak ☐ częściowo ☐ nie	Forma zapewnionego wsparcia	
Opis ustalonych dostosowań / usług dostępowych:			
Osoba odpowiedzialna po stronie Realizatora		Telefon / e-mail	
Data	Czytelny podpis osoby upoważnionej ze strony Realizatora		



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

ZAŁĄCZNIK DO ANKIETY REKRUTACYJNEJ WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW OPIEKI INSTYTUCJONALNEJ

*Dokument opcjonalny – wypełnić wyłącznie w przypadku ubiegania się o refundację kosztów opieki instytucjonalnej.
projekt „Wracam z Siłą – aktywizacja kobiet z powiatu kędzierzyńsko-kozielskiego”*

Numer projektu	FEOP.05.03-IZ.00-0001/25	Program	Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027 (EFS+), Działanie 5.3
Realizator / Beneficjent	OPEN Wojciech Rabiega, Wołówce, ul. Pruskowiec 10, 32-070 Wołówce	Podstawa refundacji	Refundacja kosztów opieki instytucjonalnej do 900 zł łącznie na uczestniczkę, dla maks. 5 uczestniczek; rozliczenie jednorazowe po zakończeniu udziału w Projekcie.

I. DANE UCZESTNICZKI

Imię i nazwisko		PESEL	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
Adres zamieszkania		Telefon kontaktowy																			
Adres e-mail																					

II. DANE DO REFUNDACJI OPIEKI INSTYTUCJONALNEJ

Osoba wymagająca opieki (imię i nazwisko)		Data urodzenia	
Rodzaj opieki	☐ dziecko do 7 lat ☐ osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	Stopień pokrewieństwa / relacja	☐ więzy rodzinne ☐ powinowactwo ☐ pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym
Okres objęcia opieką / dni udziału		Placówka Opiekuńcza (nazwa)	
Adres Placówki Opiekuńczej		Nr rachunku bankowego do zwrotu kosztów	

Zakres / forma opieki instytucjonalnej (dni i godziny opieki)

III. ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Załączniki do niniejszego wniosku: ☐ akt urodzenia / inny dokument potwierdzający fakt posiadania dziecka do 7 lat ☐ dokument potwierdzający niepełnosprawność / stan osoby wymagającej wsparcia ☐ dowód osobisty do wglądu (osoba w wieku podeszłym) ☐ Umowa z Placówką Opiekuńczą ☐ inne:

Oświadczam, że wskazana opieka instytucjonalna jest niezbędna na czas mojego udziału w formach wsparcia w Projekcie, będzie realizowana przez Placówkę Opiekuńczą na podstawie zawartej Umowy, a podane dane są zgodne z prawdą.

Uwaga: wniosek należy złożyć przed rozpoczęciem zajęć. Refundacja opieki jest rozliczana jednorazowo po zakończeniu udziału w Projekcie. Po zakończeniu udziału należy złożyć dokument potwierdzający poniesienie kosztu opieki (rachunek/faktura) wraz ze sposobem zapłaty oraz potwierdzenie z Banku w przypadku zapłaty przelewem lub oświadczenie o przyjęciu gotówki. Realizator wypłaca refundację w terminie do 14 dni roboczych od zaakceptowania kompletu dokumentów, jednak nie później niż do dnia zakończenia finansowego Projektu.

Data i podpis Uczestniczki Projektu	Część wypełniana przez Realizatora
	Data wpływu: Wniosek złożony przed rozpoczęciem zajęć: ☐ tak ☐ nie Opieka instytucjonalna dopuszczona: ☐ tak ☐ nie Pozycja rankingowa / limit 5: Data i podpis osoby upoważnionej:



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

ZAŁĄCZNIK DO ANKIETY REKRUTACYJNEJ WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW OPIEKI INDYWIDUALNEJ

*Dokument opcjonalny – wypełnić wyłącznie w przypadku ubiegania się o refundację kosztów opieki indywidualnej.
projekt „Wracam z Siłą – aktywizacja kobiet z powiatu kędzierzyńsko-kozielskiego”*

Numer projektu	FEOP.05.03-IZ.00-0001/25	Program	Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027 (EFS+), Działanie 5.3
Realizator / Beneficjent	OPEN Wojciech Rabiega, Wołówce, ul. Pruskowiec 10, 32-070 Wołówce	Podstawa refundacji	Refundacja kosztów opieki indywidualnej do 900 zł łącznie na uczestniczkę, dla maks. 5 uczestniczek; rozliczenie jednorazowe po zakończeniu udziału w Projekcie.

I. DANE UCZESTNICZKI

Imię i nazwisko		PESEL	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
Adres zamieszkania		Telefon kontaktowy																			
Adres e-mail																					

II. DANE DO REFUNDACJI OPIEKI INDYWIDUALNEJ

Osoba wymagająca opieki (imię i nazwisko)		Data urodzenia	
Rodzaj opieki	☐ dziecko do 7 lat ☐ osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	Stopień pokrewieństwa / relacja	☐ więzy rodzinne ☐ powinowactwo ☐ pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym
Okres objęcia opieką / dni udziału		Opiekun indywidualny (imię i nazwisko)	
Miejsce realizacji wsparcia		Nr rachunku bankowego do zwrotu kosztów	

Uzasadnienie braku możliwości zawarcia Umowy z Placówką Opiekuńczą

III. ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Załączniki do niniejszego wniosku: ☐ akt urodzenia / inny dokument potwierdzający fakt posiadania dziecka do 7 lat ☐ dokument potwierdzający niepełnosprawność / stan osoby wymagającej wsparcia ☐ dowód osobisty do wglądu (osoba w wieku podeszłym) ☐ Umowa z Opiekunem ☐ oświadczenie o braku możliwości zawarcia Umowy z Placówką Opiekuńczą ☐ inne:

Oświadczam, że wskazana opieka jest niezbędna na czas mojego udziału w formach wsparcia w Projekcie, brak jest możliwości zawarcia Umowy z Placówką Opiekuńczą, opiekun indywidualny nie jest osobą najbliższą ani połączoną więzami rodzinnymi z podopiecznym, a podane dane są zgodne z prawdą.

Uwaga: wniosek należy złożyć przed rozpoczęciem zajęć. Refundacja opieki jest rozliczana jednorazowo po zakończeniu udziału w Projekcie. Po zakończeniu udziału należy złożyć dokument potwierdzający poniesienie kosztu opieki (rachunek/faktura) wraz ze sposobem zapłaty oraz potwierdzenie z Banku lub oświadczenie o przyjęciu gotówki przez Opiekuna. Realizator wypłaca refundację w terminie do 14 dni roboczych od zaakceptowania kompletu dokumentów, jednak nie później niż do dnia zakończenia finansowego Projektu.

Data i podpis Uczestniczki Projektu	Część wypełniana przez Realizatora
	Data wpływu: Wniosek złożony przed rozpoczęciem zajęć: ☐ tak ☐ nie Opieka indywidualna dopuszczona: ☐ tak ☐ nie Pozycja rankingowa / limit 5: Data i podpis osoby upoważnionej:

ZAŁĄCZNIK DO ANKIETY REKRUTACYJNEJ WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU

*Dokument opcjonalny – wypełnić wyłącznie w przypadku ubiegania się o zwrot kosztów dojazdu.
projekt „Wracam z Siłą – aktywizacja kobiet z powiatu kędzierzyńsko-kozielskiego”*

Numer projektu	FEOP.05.03-IZ.00-0001/25	Program	Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027 (EFS+), Działanie 5.3
Realizator / Beneficjent	OPEN Wojciech Rabiega, Wołówce, ul. Pruskowiec 10, 32-070 Wołówce	Podstawa zwrotu	Refundacja do 20 zł za 1 dzień zajęć (tam i z powrotem), dla maks. 5 uczestniczek z terenów wiejskich.

I. DANE UCZESTNICZKI

Imię i nazwisko		PESEL	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
Adres zamieszkania		Telefon kontaktowy																			
Adres e-mail																					

II. DANE DO ROZLICZENIA DOJAZDU

Miesiąc / okres rozliczeniowy		Miejsce realizacji wsparcia	
Trasa dojazdu (z – do)		Środek transportu	☐ publiczny ☐ inny
Liczba dni udziału potwierdzonych listami obecności		Koszt dojazdu tam i z powrotem w 1 dniu zajęć	
Wnioskowana kwota refundacji			

Numer rachunku bankowego do zwrotu kosztów (26 cyfr)

[illegible]

III. ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA

Załączniki: ☐ bilety jednorazowe / okresowe ☐ inny dokument potwierdzający koszt przejazdu ☐ inne:

Oświadczam, że wskazane we wniosku przejazdy dotyczą dni mojego udziału w formach wsparcia w Projekcie, zgodnych z harmonogramem i potwierdzonych na listach obecności, a podane dane są zgodne z prawdą.

Uwaga: dokumenty za dany miesiąc należy złożyć do 10. dnia roboczego następnego miesiąca. Refundacja przysługuje wyłącznie uczestnikom spełniającym warunek „mieszkanka wsi”. Realizator wypłaca refundację dojazdu przelewem w terminie do 14 dni robocznych od zaakceptowania kompletu dokumentów.

Data i podpis Uczestniczeki Projektu	Część wypełniana przez Realizatora
	Data wpływu: Mieszkanka wsi: ☐ tak ☐ nie Liczba dni potwierdzona: Stawka przyjęta: zł Kwota zatwierdzona: zł Data i podpis osoby upoważnionej: