



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 namysłowskiego”

Numer projektu	FEOP.05.03-IZ.00-0002/25	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	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2. Potrzeby dotyczą etapu rekrutacji	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3. Potrzeby dotyczą udziału w zajęciach / wsparciu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

III. JAKIEGO RODZAJU DOSTOSOWANIA SĄ POTRZEBNE?

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

I. DANE KANDYDATKI / UCZESTNICZKI

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	<input type="checkbox"/> wraz z ankietą <input type="checkbox"/> osobno <input type="checkbox"/> telefonicznie <input type="checkbox"/> mailowo
Potrzeby uznane za zasadne	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> częściowo <input type="checkbox"/> 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		

I. DANE UCZESTNICZKI

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 namysłowskiego”*

Numer projektu	FEOP.05.03-IZ.00-0002/25	Program	Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027 (EFS+), Działanie 5.3
Realizator / Beneficjent	OPEN Wojciech Rabiega, Wołowice, ul. Pruskowiec 10, 32-070 Wołowice	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 border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><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><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	<input type="checkbox"/> dziecko do 7 lat <input type="checkbox"/> osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	Stopień pokrewieństwa / relacja	<input type="checkbox"/> więzy rodzinne <input type="checkbox"/> powinowactwo <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Opieka indywidualna dopuszczona: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Pozycja rankingowa / limit 5:

I. DANE UCZESTNICZKI

Data i podpis osoby upoważnionej:

I. DANE UCZESTNICZKI

Data i podpis osoby upoważnionej: