



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 kluczborskiego”

<b>Numer projektu</b>	FEOP.05.03-IZ.00-0004/25	<b>Realizator / Beneficjent</b>	OPEN Wojciech Rabięga
<b>Cel formularza</b>	Zgłoszenie potrzeb związanych z dostępnością na etapie rekrutacji i udziału w Projekcie.	<b>Podstawa organizacyjna</b>	Formularz wspiera realizację zasad dostępności i usług dostępowych w Projekcie.
<b>Uwaga</b>	Wypełnienie formularza jest dobrowolne. Formularz można złożyć wraz z ankietą rekrutacyjną albo później, jeśli potrzeba pojawi się na dalszym etapie.	<b>Kontakt</b>	Potrzeby można zgłosić także telefonicznie lub mailowo.

#### I. DANE KANDYDATKI / UCZESTNICZKI

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

#### 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		



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 kluczborskiego”*

<b>Numer projektu</b>	FEOP.05.03-IZ.00-0004/25	<b>Program</b>	Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027 (EFS+), Działanie 5.3
<b>Realizator / Beneficjent</b>	OPEN Wojciech Rabiega, Wołowice, ul. Pruskowiec 10, 32-070 Wołowice	<b>Podstawa refundacji</b>	Refundacja kosztów opieki instytucjonalnej do 900 zł łącznie na uczestniczkę, dla maks. 5 uczestniczek; rozliczenie jednorazowe po zakończeniu udziału w Projekcie.

<b>I. DANE UCZESTNICZKI</b>																							
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																							
<b>II. DANE DO REFUNDACJI OPIEKI INSTYTUCJONALNEJ</b>																							
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		Placówka Opiekuńcza (nazwa)																					
Adres Placówki Opiekuńczej		Nr rachunku bankowego do zwrotu kosztów																					
Zakres / forma opieki instytucjonalnej (dni i godziny opieki)																							
<b>III. ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA</b>																							
Załączniki do niniejszego wniosku: <input type="checkbox"/> akt urodzenia / inny dokument potwierdzający fakt posiadania dziecka do 7 lat <input type="checkbox"/> dokument potwierdzający niepełnosprawność / stan osoby wymagającej wsparcia <input type="checkbox"/> dowód osobisty do wglądu (osoba w wieku podeszłym) <input type="checkbox"/> Umowa z Placówką Opiekuńczą <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie																					

**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 kluczborskiego”*

<b>Numer projektu</b>	FEOP.05.03-IZ.00-0004/25	<b>Program</b>	Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027 (EFS+), Działanie 5.3
<b>Realizator / Beneficjent</b>	OPEN Wojciech Rabiega, Wołowice, ul. Pruskowiec 10, 32-070 Wołowice	<b>Podstawa refundacji</b>	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: .....