



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

ZAŁĄCZNIK DO ANKIETY REKRUTACYJNEJ

FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECYJALNYCH POTRZEB ZWIĄZANYCH Z DOSTĘPNOŚCIĄ

DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Dokument opcjonalny – wypełnić wyłącznie w przypadku potrzeby.

projekt „Wracam z Siłą – aktywizacja kobiet z powiatu oleskiego”

Numer projektu	FEOP.05.03-IZ.00-0005/25	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
15. nie zgłaszam szczególnych potrzeb	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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 DOJAZDU

*Dokument opcjonalny – wypełnić wyłącznie w przypadku ubiegania się o refundację kosztów dojazdu.
projekt „Wracam z Siłą – aktywizacja kobiet z powiatu oleskiego”*

Numer projektu	FEOP.05.03-IZ.00-0005/25	Program	Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027 (EFS+), Działanie 5.3
Realizator / Beneficjent	OPEN Wojciech Rabięga, Wołowice, ul. Pruskowiec 10, 32-070 Wołowice	Podstawa refundacji	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 border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></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	<input type="checkbox"/> publiczny <input type="checkbox"/> 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)																														
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																														
III. ZAŁĄCZNIKI I OŚWIADCZENIA																														
Załączniki: <input type="checkbox"/> bilety jednorazowe / okresowe <input type="checkbox"/> inny dokument potwierdzający koszt przejazdu <input type="checkbox"/> 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 uczestniczkom spełniającym warunek „mieszkanka wsi”. Realizator wypłaca refundację dojazdu przelewem w terminie do 14 dni roboczych od zaakceptowania kompletu dokumentów.																														
Data i podpis Uczestniczki Projektu	Część wypełniana przez Realizatora																													
	Data wpływu: Mieszkanka wsi: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Liczba dni potwierdzona: Stawka przyjęta: zł Kwota zatwierdzona: zł Data i podpis osoby upoważnionej:																													