



.....
(miejsowość i data)

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

PROJEKT PN. ZNOWU W BIEGU – POWRÓT DO SAMODZIELNOŚCI PO AMPUTACJI
KOŃCZYNY

(PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI)

1. Dane Beneficjenta (dane osoby pełnoletniej, lub w przypadku osoby niepełnoletniej - dane opiekuna prawnego):

IMIĘ I NAZWISKO:
ADRES:
WOJEWÓDZTWO / POWIAT:
PESEL:
TELEFON KONTAKTOWY*:
E-MAIL*:

* Nie wypełnienie pola kontaktowego we wniosku skutkuje odrzuceniem wniosku z powodu braku możliwości kontaktu z wnioskodawcą.

2. Dane Beneficjenta niepełnoletniego (jeśli dotyczy):

IMIĘ I NAZWISKO:
ADRES:
WOJEWÓDZTWO / POWIAT:
PESEL:
DATA URODZENIA:

3. Formy wsparcia, w których Beneficjent chce wziąć udział:

- Konsultacje z psychologiem (pierwsza konsultacja psychologiczna podczas turnusu jest obligatoryjna)
- Konsultacje z dietetykiem
- Konsultacje z doradcą zawodowym
- Terapia manualna
- Trening rehabilitacyjny
- Nauka chodu o protezie
- Drenaż limfatyczny
- Konsultacje w zakresie przygotowania kikuta do zaprotezowania
- Inne, jakie?

4. Preferowany termin udziału w zajęciach projektowych w 2022r.

- Kwiecień
- Maj
- Czerwiec
- Lipiec
- Sierpień
- Wrzesień
- Październik
- Listopad
- Grudzień
- Styczeń (2023)
- Luty (2023)
- Marzec (2023)

5. Przyczyna niepełnosprawności (tj. od kiedy istnieje niepełnosprawność, z jakiego powodu powstała niepełnosprawność, poziom amputacji kończyny lub rodzaj niepełnosprawności):

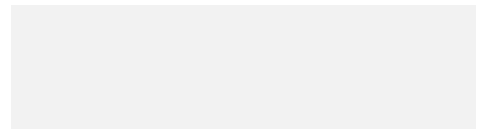
6. W czym pomoże Ci wsparcie udzielone w ramach realizacji projektu (np. plany zawodowe, rozwój sportowy, udział w zawodach sportowych, realizacja marzeń itp.):

7. Skąd dowiedziałeś się o możliwości złożenia wniosku do Fundacji?

- z mediów społecznościowych (np. Facebook)
- z portalu internetowego
- z radia
- z telewizji
- od znajomego
- od pracowników Fundacji Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu
- od pracownika ośrodka społecznego
(jakiego?).....
- inne,
jakie?.....

8. Czy do tej pory korzystałeś/korzystałaś z dodatkowych rehabilitacji (rehabilitacja domowa, rehabilitacja ambulatoryjna, pobyt w sanatorium, płatne turnusy rehabilitacyjne)?

9. Opisz po krótku swoje aktualne dolegliwości bólowe:



.....
(data i podpis składającego wniosek)

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tym szczególnych kategorii danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia i historii choroby, podanych w *Formularzu zgłoszeniowym* przez:

Fundację Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu, z siedzibą w Krakowie (30-408), ul. Odrzańska 13 / 2, KRS 0000749510,

w celu i w zakresie niezbędnym do otrzymania wsparcia, a następnie w celu możliwości zorganizowania przez Fundację Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu zajęć rehabilitacyjnych, możliwości udzielania pomocy psychologicznej lub korzystania z konsultacji medycznych u specjalistów Fundacji z dziedzin ortopedii, podologii, fizjoterapii, konsultacji z doradcą zawodowym.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/y, że w przypadku otrzymania wsparcia, moje dane osobowe będą przekazywane osobom i podmiotom trzecim, czyli grantodawcy (PFRON), potencjalnym darczyńcom, sponsorom, mediom, podmiotom leczniczym w celach: informacyjnych, promocji i marketingu wydarzenia, realizacji pomocy wskazanej w formularzu zgłoszeniowym.

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)

Oświadczenie o zapoznaniu się z Regulaminem.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z postanowieniami *Regulaminu udzielania wsparcia w ramach projektu pn. Znowu w Biegu – powrót do samodzielności osób po amputacji kończyny* i zobowiązuje się do jego stosowania.

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie wizerunku, w celu udostępniania zdjęć i materiałów audio-video, w ramach działalności promocyjnej, informacyjnej oraz marketingowej **Fundacji Centrum Rehabilitacji Znowu w Biegu**. **Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana.**

.....
(data i podpis składającego oświadczenie)

**Załączniki do wniosku:
(proszę zaznaczyć)**

- Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności*
- Dokumentacja medyczna

***wymagane do rozpatrzenia formularza**