 

……………………………………..

*(miejscowość 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**

**Beneficjent jest zobligowany do udziału w więcej niż jednej formie wsparcia. Proszę wybrać co najmniej 2 z poniższych:**

* 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 2024r.**

* Styczeń
* Luty
* Marzec
* Kwiecień
* Maj
* Czerwiec
* Lipiec
* Sierpień
* Wrzesień
* Październik
* Listopad
* Grudzień

**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 krótce 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**