

.....
(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 obowiązkowa)
- ☐ Konsultacje z dietetykiem
- ☐ Konsultacje z doradcą zawodowym
- ☐ Terapia manualna
- ☐ Zajęcia gimnastyczne
- ☐ Nauka chodu o protezie
- ☐ Konsultacje w zakresie przygotowania kikuta do zaprotezowania
- ☐ Inne, jakie?

4. Przyczyna niepełnosprawności (tj. od kiedy istnieje niepełnosprawność, z jakiego powodu powstała niepełnosprawność).

3. Poziom amputacji:

- a) powyżej kolana (amputacja na poziomie uda)
- b) poniżej kolana (amputacja na poziomie podudzia)
- c) wyluszczenie w stawie biodrowym
- d) inny:

4. Podaj swoje aktualne dolegliwości bólowe:

5. Od jak dawna posiadasz protezę. Proszę podać nazwy komponentów protetycznych oraz rodzaj zawieszenia leja. Jak długo w ciągu dnia przebywasz w protezie? (W razie problemów z nazwaniem komponentów, skontaktuj się ze swoim protetykiem).

6. W jaki sposób poruszasz się na co dzień?

- ☐ Na wózku
- ☐ O kulach
- ☐ O jednej kuli
- ☐ W pomieszczeniu bez kul, na zewnątrz z pomocą kul
- ☐ Bez kul

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

8. 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?.....

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

.....
(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**