



Załącznik 3 do regulaminu projektu zadanie 4 „Rodzina. Wsparcie. Aktywność - Działania dla dzieci i młodzieży ze spektrum autyzmu oraz ich opiekunów faktycznych”

Formularz rekrutacyjny do projektu

pn.: „Rodzina. Wsparcie. Aktywność - Działania dla dzieci i młodzieży ze spektrum autyzmu oraz ich opiekunów faktycznych”

Proszę uzupełnić poniższe dane WIELKIMI LITERAMI

Dane dziecka - kandydata na uczestnika:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia oraz PESEL:

Kraj, województwo:.....

Powiat / Gmina:.....

Miejscowość, kod pocztowy:.....

Ulica, numer domu, mieszkania:.....

Symbol przyczyny niepełnosprawności:

Data ważności orzeczenia o niepełnosprawności:

Obywatelstwo:

- Obywatelstwo polskie
- Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec
- Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE

- osoba z orzeczoną niepełnosprawnością - dzieci do ukończenia 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności, łącznie ze wskazaniem w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności - konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji
- osoba z umiarkowanym lub znacznym stopniem niepełnosprawności traktowane są na równi z orzeczeniami wymienionymi w art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. (do 18 r. ż.)
- osoba z niepełnosprawnością sprzężoną (orzeczenie do 16 r. ż oraz znaczny stopień)
- osoba z niepełnosprawnością sprzężoną (umiarkowany stopień)
- osoba z niepełnosprawnością intelektualną
- osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi
- osoba z chorobami psychicznymi
- dziecko wychowujące się poza rodziną biologiczną

1/1





Dane rodzica/opiekuna faktycznego - kandydata na uczestnika

Imię i nazwisko:

PESEL:

Kraj, województwo:.....

Powiat / Gmina:.....

Miejscowość, kod pocztowy:.....

Ulica, numer domu, mieszkania:.....

Telefon kontaktowy:.....

Adres e-mail:.....

Obywatelstwo:

- Obywatelstwo polskie
- Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec
- Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE
- Osoba obcego pochodzenia
- Osoba państwa trzeciego
- Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej
- Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania
- Osoba z niepełnosprawnością
- rodzic/opiekun faktyczny będący Członkiem Stowarzyszenia Krajowe Towarzystwo Autyzmu

miejsowość, data

Czytelny podpis osoby składającej formularz