

**Formularz zgłoszeniowy
do projektu „Usługi społeczne szansą na niezależność”**

Imię i nazwisko:	
Miejsce zamieszkania:	
Data urodzenia:	
Telefon/e-mail:	

1. Jaki jest Pana(i) rodzaj i stopień niepełnosprawności:

- a) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowo – rdzeniowa),
- b) dysfunkcja narządu wzroku,
- c) zaburzenia psychiczne,
- d) dysfunkcje o podłożu neurologicznym,
- e) dysfunkcja narządu mowy i słuchu,
- f) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne
- g) niepełnosprawność sprzężona

Stopień niepełnosprawności: lekki umiarkowany znaczny

2. Czy korzysta Pan(i) ze świadczeń pomocy społecznej: tak nie

3. Czy dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: tak nie

Załączniki:

- 1. Aktualne orzeczenie o (stopniu) niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważnego) poświadczony za zgodność z oryginałem przez składającego
- 2. Zaświadczenie o korzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej (jeśli dotyczy)

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie w celu realizacji projektu „Usługi społeczne szansą na niezależność”

.....
(miejsce, data i podpis uczestnika projektu)