**Formularz zgłoszeniowy do projektu  
"Oswoić Ciemność – Zobaczyć Codzienność – wsparcie osób w kryzysie utraty widzenia w powrocie do samodzielności" 2025 – 2026**

1. Imię i nazwisko:………………………………………………………………………………………………………..
2. Data urodzenia:…………………………………………………………………………..
3. Adres zamieszkania:……………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Numer telefonu:……………………………………………………..
2. Adres e-mail:…………………………………………………………………………….
3. Stopień niepełnosprawności wzroku (04 - O):

* Umiarkowany
* Znaczny

1. Czy w orzeczeniu posiadasz więcej niż 1 symbol niepełnosprawności? Jeśli tak, wpisz poniżej:

……………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy posiadasz jakiekolwiek choroby lub dolegliwości, które mogą wpływać na Twój udział w projekcie? (np. choroby serca, cukrzyca, problemy z poruszaniem się, inne schorzenia)?

* Tak
* Nie

Jeśli tak, opisz jakie:

…………………..…………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Jestem osobą:

* Całkowicie niewidomą lub niewidomą z zachowanym poczuciem światła
* Posiadam szczątkowe widzenie, ale nie funkcjonuję wzrokowo
* Jestem osobą tracącą wzrok, ale posługuję się widzeniem w codziennym funkcjonowaniu
* Inne…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Czas utraty widzenia:

* Nagła utrata wzroku
* Szybko postępująca utrata wzroku
* Powoli postępująca utrata wzroku, która w perspektywie czasu uniemożliwi funkcjonowanie wzrokowe
* Inne…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. W jakich okolicznościach powstała Twoja niepełnosprawność wzroku?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy obecnie korzystasz z jakichkolwiek urządzeń wspomagających? (np. białej laski, technologii wspomagających):

* Tak
* Nie

1. Jeśli tak, wskaż jakich:

* Biała laska orientacyjna
* Biała laska sygnalizacyjna
* Elektroniczny sprzęt udźwiękowiony
* Inna odpowiedź…………………………………………………………………………………………………………..

1. Czym zajmowałeś/łaś się przed utratą wzroku? (np. praca, studia, codzienne aktywności, hobby, zainteresowania):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. W jakiej sytuacji mieszkaniowej się znajdujesz?

* Mieszkam z kimś
* Mieszkam samodzielnie
* Inna odpowiedź………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Informacja o dotychczas odbytych kursach np. z zakresu orientacji przestrzennej/ nauki czynności życia codziennego/obsługi nowoczesnych technologii dostosowanych do potrzeb osób niewidomych:

…………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Czy otrzymujesz pomoc asystenta osoby niepełnosprawnej z MOPR/PCPR lub innych instytucji?

* Tak
* Nie

1. Jeśli tak, w jakim zakresie otrzymujesz wsparcie?

……………………..…………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Jak radzisz sobie na co dzień z codziennymi obowiązkami?

……………………..…………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Informacja na temat sytuacji zawodowej (osoba czynna/bierna zawodowo/w trakcie przekwalifikowania/poszukiwania zatrudnienia)? Dotychczasowa i obecna sytuacja zawodowa:

……………………..…………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………..…………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Co skłoniło Cię do zapisania się do projektu?

……………………..…………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………..…………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Nad jakie aspekty chciałbyś/abyś szczególnie zwrócić uwagę podczas udziału w projekcie?

* Samodzielność w wykonywaniu codziennych czynności (przyrządzanie posiłków, utrzymanie porządku w domu itp.)
* Poruszanie się w przestrzeni
* Obsługa technologii przystosowanych do potrzeb osób niewidomych
* Wsparcie psychologiczne
* Kontakt z osobami z podobnym doświadczeniem
* Inne…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Co szczególnie chciałbyś/abyś osiągnąć dzięki uczestnictwu w Projekcie?

…………………..…………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy istnieją okoliczności, które mogłyby utrudniać uczestniczenie w zajęciach oferowanych w ramach udziału w Projekcie?

* Tak
* Nie

Jeśli tak, opisz jakie:

…………………..…………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy obecnie uczestniczysz w jakimkolwiek innym projekcie dofinansowanym z PFRON?

* Tak
* Nie

Jeśli tak, podaj nazwę projektu i opisz wsparcie z którego korzystasz:

…………………..…………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**ZGODY I OŚWIADCZENIA**

**\* Brak zgody w którymkolwiek z punktów uniemożliwia udział w Projekcie.**

1. Oświadczam że jestem świadomy/a, iż udział w Projekcie przewiduje aktywną pracę indywidualną w formie doskonalenia nabytych umiejętności w miejscu zamieszkania i jestem gotów/a podjąć się takiej pracy:

* Tak
* Nie

1. Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż udział w Projekcie przewiduje obowiązkowe aktywności:
2. Zjazdy szkoleniowe w terminach 25.05-1.06.2025, 6-13.07.2025, 17-24.08.2025
3. Trening z instruktorem orientacji przestrzennej w miejscu zamieszkania.

* Tak
* Nie

1. Oświadczam że jestem świadomy/a iż w przewidzianych w Projekcie wyjazdowych formach wsparcia będę uczestniczył/a samodzielnie, bez wsparcia osobistego asystenta.

* Tak
* Nie

1. Oświadczam, że w momencie przystąpienia do projektu Oswoić Ciemność – Zobaczyć Codzienność – wsparcie osób w kryzysie utraty widzenia w powrocie do samodzielności nie będę brał udziału w innych działaniach finansowanych ze środków PFRON zbieżnych ze działaniami oferowanymi w ramach wyżej wymienionego Projektu.

* Tak
* Nie

1. Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny w celach związanych z rekrutacją do projektu.

* Tak
* Nie

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

* Tak
* Nie