

Formularz zgłoszeniowy do projektu
"Oswoić Ciemność – Zobaczyć Codziennosc – 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)
.....
.....
5. Numer telefonu:.....
6. Adres e-mail:.....
7. Stopień niepełnosprawności wzroku (04 - 0):
 Umiarkowany
 Znaczny
8. Czy w orzeczeniu posiadasz więcej niż 1 symbol niepełnosprawności? Jeśli tak, wpisz poniżej:
.....
9. Czy posiadasz jakiegokolwiek 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:

.....
.....
.....

10. 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.....
.....
.....
.....

11. Czas utraty widzenia:

- Nagła utrata wzroku
- Szybko postępująca utrata wzroku
- Powoli postępująca utrata wzroku, która w perspektywie czasu uniemożliwi funkcjonowanie wzrokowe

Inne.....
.....
.....
.....

12. W jakich okolicznościach powstała Twoja niepełnosprawność wzroku?

.....
.....
.....
.....
.....

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

- Tak
- Nie

14. Jeśli tak, wskaż jakich:

- Biała laska orientacyjna
- Biała laska sygnalizacyjna
- Elektroniczny sprzęt udźwiękowiony
- Inna odpowiedź.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

16. W jakiej sytuacji mieszkaniowej się znajdujesz?

- Mieszkam z kimś
 - Mieszkam samodzielnie
 - Inna odpowiedź.....
-
-

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

.....

.....

.....

.....

.....

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

- Tak
- Nie

19. Jeśli tak, w jakim zakresie otrzymujesz wsparcie?

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

22. Co skłoniło Cię do zapisania się do projektu?

.....

.....

.....

.....

.....

23. 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.....

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

.....

.....

.....

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

- Tak
- Nie

Jeśli tak, opisz jakie:

.....

.....

.....

26. 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

2. Oświadczam, że jestem świadomy/a, iż udział w Projekcie przewiduje obowiązkowe aktywności:

A. Zjazdy szkoleniowe w terminach 25.05-1.06.2025, 6-13.07.2025, 17-24.08.2025

B. Trening z instruktorem orientacji przestrzennej w miejscu zamieszkania.

- Tak
- Nie

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

- Tak
- Nie

4. 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
5. Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny w celach związanych z rekrutacją do projektu.
- Tak
- Nie
6. 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