*Załącznik nr 4*

*do* ***REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE***

# DEKLARACJA UCZESTNICTWA – uczestnik projektu

# Należy wypełnić drukowanymi literami

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA** |
| RODZAJ UCZESTNIKA | * pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu
* indywidualny
 |
| OBYWATELSTWO | * brak polskiego obywatelstwa-obywatel kraju UE
* brak polskiego obywatelstwa lub UE-obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec
* obywatelstwo polskie
 |
| IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO |  |
| PESEL |  |
| BRAK PESEL |  | Inny identyfikator |  |
| **DANE KONTAKTOWE (ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA LUB ADRES** **DO KORESPONDENCJI)** |
| KRAJ |  |
| WOJEWÓDZTWO |  | POWIAT |  |
| GMINA |  | MIEJSCOWOŚĆ |  |
| KOD POCZTOWY |  |
| ADRES E-MAIL |  | TEL. KONTAKTOWY |  |
| **SPECJALNE POTRZEBY**  |
| * Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową?

Jeśli TAK, proszę opisać jakie: ……………………………….………..…………………..…….… * Zapewnienie tłumacza języka migowego?
* Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką?
* Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych?

Jeśli TAK, proszę opisać jakie:……………………………….………..………………….….…* Inne specjalne potrzeby?

Jeśli TAK, proszę opisać jakie: …………………………....……………………………………… |
| **STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** |
| 1. Osoba obcego pochodzenia

 a) NIE b)TAK1. Osoba państwa trzeciego

 a) NIE b)TAK1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)

 a) NIE b) ODMOWA PODANIA INFORMACJI c)TAK1. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

 a) NIE b)TAK1. Osoba z niepełnosprawnościami

 a) NIE b) ODMOWA PODANIA INFORMACJI c)TAK |
| **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA** |
| Oświadczam, że:  🞎 Jestem rodzicem/opiekunem prawnym dziecka z diagnozą FAS/FASD;* + Jestem rodzicem/opiekunem prawnym dziecka z diagnozą Autyzmu/Zespołu Aspergera;
	+ Jestem dzieckiem z diagnozą FAS/FASD;
	+ Jestem dzieckiem z diagnozą Autyzmu/Zespołu Aspergera.
* Jestem pracownikiem Ośrodka Adopcyjnego w Lublinie/Przedstawicielstwie.
* Jestem pracownikiem ROPS w Lublinie.
 |
| RODZAJ WSPARCIA | * szkolenie
 | * konsultacje indywidualne
 | * grupa wsparcia
 |
| * warsztaty dwudniowe
 | * warsztaty jednodniowe
 | * integracja sensoryczna
 |
| * zajęcia logopedyczne
 | * zajęcia metodą Masgutowej
 | zajęcia ze zwierzętami |
| * TUS
 | * Biofeedback
 | Zajęcia doświadczania świata |
| * Zajęcia specjalistyczne
 | * inne
 |  |

**DATA ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE ……………………………………………….**

* **Zgodnie z zaplanowaną ścieżką**
* **Niezgodnie z zaplanowaną ścieżką**

 **Oświadczenie uczestnika projektu**

1. Wyrażam gotowość do udziału w projekcie „FASD i Autyzm: słuchamy, wspieramy, działamy.”, nr umowy FELU08.08-IZ.00-0046/24 realizowanym w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Oś priorytetowa VIII Zwiększanie spójności społecznej, Działanie 8.8 Wsparcie rodziny i pieczy zastępczej.
2. Oświadczam, że na dzień przystąpienia do projektu „FASD i Autyzm: słuchamy, wspieramy, działamy.”, spełniam wymogi kwalifikacyjne do projektu.
3. Oświadczam, że na dzień przystąpienia do projektu „FASD i Autyzm: słuchamy, wspieramy, działamy.”, nie uczestniczę w tożsamym wsparciu w innym projekcie współfinansowanym
ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
4. Oświadczam, że:
* Zapoznałam/-em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie i akceptuję zawarte
w nim warunki.
* Zostałam/-em poinformowana/-y, że projekt jest finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
1. Zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych,
w tym o celu i zakresie przetwarzania oraz przysługujących mi prawach.
2. W terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji po opuszczeniu Programu.
3. Powyższe informacje są prawdziwe i mam świadomość odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń.

MIEJSCOWOŚĆ I DATA …..……………………………………

Wyrażam/nie wyrażam\* zgodę/y na wykorzystywanie mojego wizerunku utrwalonego w postaci zdjęć fotograficznych oraz filmów, wykonanych podczas mojego udziału w wydarzeniach realizowanych
w ramach projektu „FASD i Autyzm: słuchamy, wspieramy, działamy.” Moja zgoda obejmuje
w szczególności wykorzystanie mojego wizerunku w celach związanych z informowaniem o projekcie, poprzez jego użycie, rozpowszechnienie, publikowanie, utrwalanie oraz powielanie w notkach prasowych, reklamach prasowych, katalogach, folderach, prezentacjach multimedialnych, stronach internetowych (w tym portale Facebook, YouTube, Instagram), sieciach komputerowych oraz innych środkach komunikacji elektronicznej. Zgoda na wykorzystanie wizerunku nie jest czasowo
ani terytorialnie ograniczona, obejmuje terytorium Rzeczpospolitej Polskiej oraz wszelkich innych państw. Zgoda na wykorzystanie wizerunku zostaje udzielona nieodpłatnie. Wizerunek może być użyty do różnego rodzaju form elektronicznego przetwarzania obrazu, kadrowania i kompozycji,
bez obowiązku akceptacji produktu końcowego, lecz nie w formach obraźliwych lub ogólnie uznanych za nieetyczne.

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU…..……………………………………

\*niepotrzebne skreślić