



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Z autyzmem za pan brat!”

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

#### „Z autyzmem za pan brat!” nr FEMA.08.05-IP.01-06FR/24

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027, Priorytet 8. Fundusze Europejskie dla aktywnej integracji oraz rozwoju usług społecznych i zdrowotnych na Mazowszu, Działanie 08.06 Usługi społeczne na rzecz rodzin

| Wypełnia osoba przyjmująca Formularz zgłoszeniowy |                                                  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Data wpływu Formularza zgłoszeniowego             | Podpis osoby przyjmującej Formularz zgłoszeniowy |
|                                                   |                                                  |

#### CZĘŚĆ I: DANE DZIECKA ZGŁASZANEGO DO PROJEKTU

| DANE UCZESTNIKA - DZIECKO                                                     |                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Obywatelstwo:                                                                 | <input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie<br><input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE<br><input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec |
| Rodzaj uczestnika:                                                            | <input type="checkbox"/> Indywidualny                                                                                                                                                                                              |
| Imię:                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Nazwisko:                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Brak PESEL:                                                                   | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                                                       |
| PESEL/ inny identyfikator (jeżeli brak PESEL):                                |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Płeć:                                                                         | <input type="checkbox"/> Kobieta<br><input type="checkbox"/> Mężczyzna                                                                                                                                                             |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu:                                      |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Wykształcenie (należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia): | <input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0 – 2)                                                                                                                                                                |
| DANE TELEADRESOWE - DZIECKO                                                   |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Kraj:                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Województwo:                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Powiat:                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Gmina:                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                    |



|                                                                                                                     |                                                                                                              |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Miejscowość:                                                                                                        |                                                                                                              |                                                           |
| Kod pocztowy:                                                                                                       | ____-____                                                                                                    |                                                           |
| Telefon kontaktowy:                                                                                                 |                                                                                                              |                                                           |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail):                                                                               |                                                                                                              |                                                           |
| <b>STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU - DZIECKO</b>                                               |                                                                                                              |                                                           |
| Osoba obcego pochodzenia:                                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                    |                                                           |
| Osoba państwa trzeciego:                                                                                            | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                    |                                                           |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane):                         | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |                                                           |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:                                                    | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                    |                                                           |
| Osoba z niepełnosprawnościami:                                                                                      | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |                                                           |
| <b>STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU - DZIECKO</b>                                |                                                                                                              |                                                           |
| Osoba bierna zawodowo:                                                                                              | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                    |                                                           |
| w tym:<br><input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne |                                                                                                              |                                                           |
| <b>INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEGÓLNYCH POTRZEB DZIECKA W ZWIĄZKU Z PRZYSTĄPIENIEM DO PROJEKTU</b>                     |                                                                                                              |                                                           |
| Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/ Pani potrzebuje:                                                               | 1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/ Systemu Językowo- Migowego                                | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
|                                                                                                                     | 2. Pętla indukcyjna                                                                                          | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
|                                                                                                                     | 3. Powiększony tekst                                                                                         | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
|                                                                                                                     | 4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniemej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną            | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
|                                                                                                                     | 5. Szczególne potrzeby w zakresie żywienia                                                                   | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
|                                                                                                                     | 6. Inne                                                                                                      | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeśli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:                                         |                                                                                                              |                                                           |
| Jeśli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:                                                             |                                                                                                              |                                                           |



**CZĘŚĆ II DANE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO ZGŁASZANEGO DO PROJEKTU**

| DANE UCZESTNIKA – OPIEKUN FAKTYCZNY                                                         |                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Obywatelstwo:                                                                               | <input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie<br><input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE<br><input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec |
| Rodzaj uczestnika:                                                                          | <input type="checkbox"/> Indywidualny                                                                                                                                                                                              |
| Imię:                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Nazwisko:                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Brak PESEL:                                                                                 | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                                                       |
| PESEL/ inny identyfikator (jeżeli brak PESEL):                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Płeć:                                                                                       | <input type="checkbox"/> Kobieta<br><input type="checkbox"/> Mężczyzna                                                                                                                                                             |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu:                                                    |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Wykształcenie (należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia):               | <input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0 – 2)<br><input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)<br><input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5 – 8)                               |
| DANE TELEADRESOWE – OPIEKUN FAKTYCZNY                                                       |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Kraj:                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Województwo:                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Powiat:                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Gmina:                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Miejscowość:                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Kod pocztowy:                                                                               | ____-____                                                                                                                                                                                                                          |
| Telefon kontaktowy:                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail):                                                       |                                                                                                                                                                                                                                    |
| STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU – OPIEKUN FAKTYCZNY                    |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Osoba obcego pochodzenia:                                                                   | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                                                          |
| Osoba państwa trzeciego:                                                                    | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                                                          |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane): | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji                                                                                                                       |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:                            | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                                                                                          |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                              |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Osoba z niepełnosprawnościami:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |                                                           |
| <b>STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU – OPIEKUN FAKTYCZNY</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                              |                                                           |
| <b>Osoba bezrobotna:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                    |                                                           |
| w tym:<br><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                              |                                                           |
| <b>Osoba bierna zawodowo:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                    |                                                           |
| w tym:<br><input type="checkbox"/> osoba nieuczestniczącą <input type="checkbox"/> inne<br>w kształceniu lub szkoleniu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                              |                                                           |
| <b>Osoba pracująca:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                    |                                                           |
| w tym:<br><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauk<br><input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej<br><input type="checkbox"/> inne |                                                                                                              |                                                           |
| <b>INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEGÓLNYCH POTRZEB OPIEKUNA FAKTYCZNEGO W ZWIĄZKU Z PRZYSTĄPIENIEM DO PROJEKTU</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                              |                                                           |
| <b>Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/ Pani potrzebuje:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/ Systemu Językowo- Migowego                                | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2. Pętla indukcyjna                                                                                          | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 3. Powiększony tekst                                                                                         | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniemej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną            | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 5. Szczególne potrzeby w zakresie żywienia                                                                   | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 6. Inne                                                                                                      | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| <b>Jeśli w pkt 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                              |                                                           |



Jeśli w pkt 6 zaznaczono TAK,  
proszę wymienić potrzeby:

### **CZĘŚĆ III POZOSTAŁE DANE DOTYCZĄCE KANDYDATÓW**

| POZOSTAŁE DANE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Kryteria włączenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                           |
| Zamieszkiwanie przez DZ i OF w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w Mieście Radom, powiecie radomskim, powiecie lipskim, powiecie zwoleńskim, powiecie szydłowieckim, powiecie przysuskim w województwie mazowieckim.                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Weryfikacja na podstawie adresu w Formularzu zgłoszeniowym DZ i OF.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                           |
| Wiek DZ: ukończone 18 m-cy i nie więcej niż 17 lat.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Weryfikacja na podstawie nr PESEL, informacji o dacie urodzenia DZ i oświadczenia w Formularzu zgłoszeniowym.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Status DZ z ASD potrzebującego wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Weryfikacja na podstawie posiadanej przez DZ nozologicznej (różnicowej) diagnozy ASD z rozpoznaniem z gr F84 (wg ICD-10) lub 6A02 (wg ICD-11) wydanej przez lekarza specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży lub lekarza specjalistę z psychiatrii lub lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży (diagnoza ASD).                                                                                                     | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Podpisana przez OF dziecka pisemna zgoda na udział DZ w projekcie.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Weryfikacja na podstawie podpisanego załącznika nr 1 do Formularza zgłoszeniowego.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Złożone pisemne oświadczenie OF dziecka, że DZ w chwili przystąpienia do projektu nie uczestniczy w analogicznym projekcie dotyczącym przygotowania programu domowego dla DZ z ASD u innego beneficjenta finansowanym ze środków publicznych oraz, że DZ nie jest objęte wsparciem Poradni dla Osób z Autyzmem Dziecięcym lub innym działaniem finansowanym z NFZ związanym z opracowaniem szeregu diagnoz funkcjonalnych DZ w związku z ASD. | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Weryfikacja na podstawie podpisanego załącznika nr 1 do Formularza zgłoszeniowego.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Złożona przez OF dziecka pisemna deklaracja, że w przypadku otrzymania wsparcia wymienionego w ppkt e) dla DZ finansowanego w ramach NFZ, zostanie powiadomiony NEUROCLINIC – CENTRUM TERAPII I ROZWOJU AGNIESZKA SCENDO.                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Weryfikacja na podstawie podpisanego załącznika nr 1 do Formularza zgłoszeniowego.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Status OF dziecka z ASD (dotyczy Opiekunów faktycznych zgłaszających się z dziećmi).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Weryfikacja na podstawie oświadczenia OF, dokumentacji dotyczącej DZ.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

**Premiujące kryteria rekrutacji (pierwszeństwo do projektu)**

|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| OF i DZ z ASD z rodzin o niskim statusie społeczno-ekonomicznym + 4 pkt.                                                                                                                                                              |                                                           |
| Weryfikacja na podstawie decyzji z Ośrodka Pomocy Społecznej lub zaświadczenia o korzystaniu z pomocy Ośrodka Pomocy Społecznej, dokumentu poświadczającego dochód poniżej 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę w rodzinie. | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| OF i DZ z ASD z rodziny wielodzietnej + 4 pkt.                                                                                                                                                                                        |                                                           |
| Weryfikacja na podstawie informacji zawartej w Formularzu zgłoszeniowym.                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| OF i DZ z ASD z rodziny gdzie występuje samotne wychowywanie dziecka + 4 pkt.                                                                                                                                                         |                                                           |
| Weryfikacja na podstawie informacji zawartej w Formularzu zgłoszeniowym.                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| OF kobieta + 3 pkt.                                                                                                                                                                                                                   |                                                           |
| Weryfikacja na podstawie informacji zawartej w Formularzu zgłoszeniowym.                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

.....  
Miejscowość, data.....  
Czytelny podpis Opiekuna faktycznego**OŚWIADCZENIE**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Z autyzmem za pan brat!**” oświadczam, że:

- wszystkie podane w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym do projektu „Z autyzmem za pan brat!” informacje są zgodne ze stanem faktycznym;
- spełniam kryteria włączenia uprawniające mnie do udziału w projekcie „Z autyzmem za pan brat!”;
- złożenie formularza jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody 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);
- zostałem/am poinformowany/a, iż projekt „Z autyzmem za pan brat!” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus;
- zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Z autyzmem za pan brat!”;
- zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa w zajęciach projektowych;
- jestem świadomy/a, że wypełnienie formularza rekrutacyjnego oraz wyrażenie zgody na udział w projekcie nie gwarantują udziału w wybranych zajęciach oraz, że decyzję o zakwalifikowaniu do projektu podejmie Komisja rekrutacyjna biorąc pod uwagę kryteria włączenia ;
- zostałem/am poinformowany/a, że moje dane będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Z autyzmem za pan brat!” przez Mazowiecką Jednostkę Wdrażania Projektów Unijnych pełniącą funkcję Instytucji Pośredniczącej działającej w imieniu Zarządu Województwa Mazowieckiego będącego Instytucją Zarządzającą programem Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027 oraz przez Beneficjenta projektu NEUROCLINIC – CENTRUM TERAPII I ROZWOJU AGNIESZKA SCENDO. Podanie danych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych



w niniejszym formularzu do celów związanych z realizacją projektu „Z autyzmem za pan brat!” Przetwarzanie w/w danych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027;

- na podstawie art. 81 ust.1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dn. 4 lutego 1994 r. (Dz.U. 2024 r. poz. 24 z późn zm.) **wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie mojego wizerunku, w formie fotografii analogowej i cyfrowej oraz filmu analogowego bądź cyfrowego, zarejestrowanych na potrzeby dokumentacji działań bądź w celu promocji projektu „Z autyzmem za pan brat!” przez NEUROCLINIC – CENTRUM TERAPII I ROZWOJU AGNIESZKA SCENDO. Ponadto, wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie przez w/w podmiot mojego wizerunku za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu promocji projektu „Z autyzmem za pan brat!”. Przeniesienie niniejszego zezwolenia na Instytucję Pośredniczącą nie wymaga mojej uprzedniej zgody na taką czynność.**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis rodzica

#### **Załączniki do Formularza zgłoszeniowego**

Załącznik nr 1. Świadoma zgoda na udział dziecka w projekcie i oświadczenia.

Załącznik nr 2. Pisemna rezygnacja z dalszego uczestnictwa dziecka w projekcie.

#### **Wybrany sposób poinformowania rodzica o wynikach rekrutacji:**

- |                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym w niniejszym formularzu w części I dotyczącej danych rodzica |
| <input type="checkbox"/> mailowo na adres e-mail wykazany w niniejszym formularzu w części I dotyczącej danych rodzica             |
| <input type="checkbox"/> osobiście (np. w momencie wizyty w Biurze projektu)                                                       |