

**Karta zgłoszenia uczestnika/beneficjenta programu
"Rehabilitacja 25 plus"
finansowanego ze środków PFRON**

Dane uczestnika/beneficjenta programu

Data zgłoszenia	
Imię i Nazwisko	
Adres zamieszkania	
PESEL	
Osoba niepełnosprawna tj. osoba, o której mowa w art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych	
TAK/NIE	
Orzeczenie o niepełnosprawności, o którym mowa w art. 1 ustawy o rehabilitacji zawodowej: - podmiot wydający orzeczenie - numer orzeczenia - data wydania - data ważności	
Absolwent* : - ośrodka rewalidacyjno- wychowawczego - ośrodka rehabilitacyjno-edukacyjno- wychowawczego - szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy - innej placówki edukacyjnej (*należy wpisać nazwę placówki)	
Dotyczy absolwentów OREW, ORW i SPdP	
Wiek (w chwili rozpoczęcia udziału w programie)	
Rok ukończenia OREW, ORW, SPdP	
Stopień niepełnosprawności intelektualnej	
Niepełnosprawność sprzężona –podać jaka	
Dotyczy absolwentów innej placówki edukacyjnej	
Wiek (w chwili rozpoczęcia udziału w programie)	
Stopień niepełnosprawności intelektualnej	

Rok ukończenia innej placówki edukacyjnej	
Posiadanie orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych w trakcie realizacji obowiązku nauki – TAK/NIE (należy podać numer orzeczenia, datę wydania)	
Niepełnosprawność sprzężona – podać jaka	
Dane opiekuna prawnego uczestnika/beneficjenta programu	
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego	
Adres opiekuna prawnego	

Niniejszym oświadczam, iż ja, niżej podpisany, jestem opiekunem prawnym wyżej wymienionego uczestnika programu "Rehabilitacja 25 plus".

- Oświadczam, że wyżej wymieniony uczestnik programu "Rehabilitacja 25 plus" jest niezatrudnioną osobą niepełnosprawną*/Jestem niezatrudnioną osobą niepełnosprawną.

- Oświadczam, że wyżej wymieniony uczestnik programu "Rehabilitacja 25 plus" nie jest objęty rehabilitacją społeczną w placówkach dziennej aktywności (np. środowiskowych domach samopomocy czy warsztatach terapii zajęciowej)*/ Nie jestem objęty rehabilitacją społeczną w placówkach dziennej aktywności (np. środowiskowych domach samopomocy czy warsztatach terapii zajęciowej)/

- Oświadczam, że wszystkie ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
(data i podpis uczestnika projektu/opiekuna prawnego)