



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Fundacja
Centrum Terapii
i Rozwoju Skarb

Projekt pod nazwą: „Poprawa funkcjonowania – moim zasobem” Centrum terapii dla dzieci i młodzieży w Mikołowie. Edycja 3”, wykonywany w terminie od dnia 1 kwietnia 2025 r. do dnia 31 marca 2027 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr UM/PW9/2025/O_SLASKI/12915 – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Projekt dotyczy następującego projektu: Typ projektu 3: Prowadzenie rehabilitacji w placówce (rehabilitacja ciągła).

Regulamin rekrutacji Beneficjentów Projektu

**„Poprawa funkcjonowania – moim zasobem”
Centrum terapii dla dzieci i młodzieży
w Mikołowie.
Edycja 3**



Projekt pod nazwą: „Poprawa funkcjonowania – moim zasobem” Centrum terapii dla dzieci i młodzieży w Mikołowie. Edycja 3”, wykonywany w terminie od dnia 1 kwietnia 2025 r. do dnia 31 marca 2027 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr UM/PW9/2025/O_SLASKI/12915 – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Projekt dotyczy następującego projektu: Typ projektu 3: Prowadzenie rehabilitacji w placówce (rehabilitacja ciągła).

§ 1

Informacje o projekcie

1. Projekt „Poprawa funkcjonowania - moim zasobem” Centrum terapii dla dzieci i młodzieży w Mikołowie realizowany jest przez Fundację Centrum Terapii i Rozwoju „SKARB” w ramach Umowy nr UM/PW9/2025/O_SLASKI/12915 z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwanym dalej PFRON.
2. Miejscem realizacji projektu jest: Mikołów, ul. Paprotek 28.
3. Informacja o projekcie dostępna jest pod numerem tel. kom.: 883 060 677, mail: wspolnyskarb@gmail.com
4. Projekt jest realizowany w terminie od 01.04.2025 r. do 31.03.2027 r.
5. Projekt jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

§ 2

Postanowienia ogólne

1. Niniejszy regulamin określa zasady rekrutacji oraz zasady uczestnictwa w projekcie pt.: „Poprawa funkcjonowania - moim zasobem” Centrum terapii dla dzieci i młodzieży w Mikołowie (zwanym dalej Projektem) Edycja 3.
2. Projekt realizowany jest na podstawie umowy UM/PW9/2025/O_SLASKI/12915 pomiędzy Fundacją Centrum Terapii i Rozwoju „SKARB” i Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. – dofinansowany ze środków PFRON.
3. Głównym celem projektu jest zwiększenie samodzielności funkcjonowania 55 dzieci 0-18 lat z niepełnosprawnościami poprzez podejmowanie kompleksowych i systematycznych działań rehabilitacyjno-terapeutycznych oraz wyposażenie rodziców w niezbędną wiedzę i umiejętności wspierania dzieci w środowisku rodzinnym zamieszkałych w miasta Mikołów i powiecie mikołowskim.

§ 3

Zasady rekrutacji

1. Beneficjentem/ Beneficjentką Projektu jest osoba z niepełnosprawnością, w wieku 0-18 lat, zamieszkała w mieście Mikołów i powiecie mikołowskim.



Projekt pod nazwą: „Poprawa funkcjonowania – moim zasobem” Centrum terapii dla dzieci i młodzieży w Mikołowie. Edycja 3”, wykonywany w terminie od dnia 1 kwietnia 2025 r. do dnia 31 marca 2027 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr UM/PW9/2025/O_SLASKI/12915 – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Projekt dotyczy następującego projektu: Typ projektu 3: Prowadzenie rehabilitacji w placówce (rehabilitacja ciągła).

2. Beneficjentami ostatecznymi Projektu mogą być osoby niepełnosprawne, które przedstawia Wnioskodawcy (najpóźniej w dniu przystąpienia do projektu) aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub aktualne orzeczenie równoważne (orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów). Poświadczone za zgodność z oryginałem przez Wnioskodawcę kserokopie orzeczeń przechowywane są przez Wnioskodawcę i udostępniane PFRON podczas przeprowadzanych czynności kontrolnych oraz wizyt monitoringowych. Beneficjent ostateczny posiadający czasowe orzeczenie o niepełnosprawności, którego ważność kończy się w trakcie uczestnictwa w Projekcie, może korzystać ze wsparcia przed wydaniem kolejnego orzeczenia – za zastrzeżeniem, że wydane zostanie kolejne orzeczenie o niepełnosprawności (obejmujące okres korzystania ze wsparcia w Projekcie).
3. Beneficjent ostateczny nie może korzystać z tej samej formy wsparcia w ramach kilku równocześnie realizowanych projektów – jeżeli realizacja tej formy wsparcia prowadzi, w każdym z projektów, do osiągnięcia takich samych efektów. Beneficjent ostateczny, który korzysta ze wsparcia w ramach projektu dofinansowanego ze środków PFRON może, po zakończeniu udziału w tym projekcie, przystąpić do innego projektu. Możliwość ta istnieje wówczas, gdy oba projekty dotyczą tego samego kierunku pomocy i tych samych form wsparcia, a terminy realizacji projektów pokrywają się.
4. W I okresie finansowania łącznie do projektu zostaną zrekrutowane 55 osób.
5. Zostanie stworzona lista rezerwowa na wypadek wycofania się Beneficjenta/Beneficjentki z projektu.
6. Osoby zakwalifikowane do projektu są zobowiązani (rodzice/opiekunowie):
 - a. Wypełnić formularz zgłoszeniowy uczestnictwa w projekcie (zał.nr 1 do Regulaminu).
 - b. Zgoda na upowszechnianie wizerunku dziecka (zał.nr 2 do Regulaminu)
7. Każdy uczestnik/uczestniczka projektu zobowiązany jest dostarczyć (oprócz wyżej wymienionych dokumentów) kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
8. Wszelkie kserokopie dokumentów należy poświadczyc za zgodność z oryginałem przez osobę do tego uprawnioną.

§ 4

Kwalifikacja Beneficjentów/Beneficjentek/Kryteria selekcji

1. O zakwalifikowaniu kandydata/kandydatki do projektu będą decydowały następujące kryteria:
 - a. Kompletność dokumentacji formalnej.
 - b. Spełnienie kryteriów wymienionych w § 3 niniejszego Regulaminu.



Projekt pod nazwą: „Poprawa funkcjonowania – moim zasobem” Centrum terapii dla dzieci i młodzieży w Mikołowie. Edycja 3”, wykonywany w terminie od dnia 1 kwietnia 2025 r. do dnia 31 marca 2027 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr UM/PW9/2025/O_SLASKI/12915 – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Projekt dotyczy następującego projektu: Typ projektu 3: Prowadzenie rehabilitacji w placówce (rehabilitacja ciągła).

- c. Brak równoczesnego korzystania z innych Projektów finansowanych z PFRON – *„Ta sama osoba nie może zostać objęta wsparciem w ramach kilku równocześnie realizowanych projektów-jeżeli realizacja tej formy wsparcia prowadzi, w każdym z projektów, do osiągnięcia takich samych efektów. Pod pojęciem „równoczesnej realizacji projektów”, uważa się sytuację, w której terminy realizacji poszczególnych projektów pokrywają się w zakresie co najmniej 1 dnia kalendarzowego”.*
- d. Zakres merytoryczny projektu, którego Beneficjentami ostatecznymi są uczestnicy warsztatu terapii zajęciowej nie może dotyczyć działań podejmowanych na rzecz uczestnika zgodnie z indywidualnym programem rehabilitacji i terapii, przygotowanym przez radę programową warsztatu.

§ 5

Obowiązki Beneficjenta/Beneficjentki Projektu

Beneficjent/Beneficjentka Ostateczny/-a (rodzic/opiekun) zobowiązuje się do:

1. Zapoznania się z niniejszym Regulaminem i potwierdzenie tego własnoręcznym podpisem (oświadczenie w Formularzu zgłoszeniowym – załącznik nr 1 do Regulaminu), w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej, podpis w jej imieniu składa przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny.
2. Uczestniczenia we wszystkich formach wsparcia, do których został/a zakwalifikowany/a – potwierdzając własnym podpisem na liście obecności/oświadczenia o uzyskaniu określonego wsparcia.
3. Udziału w badaniach ewaluacyjnych, prowadzonych w czasie trwania i po zakończeniu Projektu.
4. Bieżącego informowania personelu Projektu o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić jego dalszy udział we wsparciu w ramach Projektu.
5. Usprawiedliwienia wszystkich nieobecności (telefonicznie, osobiście lub mail).

§ 6

Zasady rezygnacji z udziału w Projekcie

1. W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie Beneficjent/Beneficjentka Ostateczny/-a zobowiązany/-a jest do złożenia pisemnego oświadczenia określającego przyczyny rezygnacji (załącznik nr 4 do Regulaminu).



Projekt pod nazwą: „Poprawa funkcjonowania – moim zasobem” Centrum terapii dla dzieci i młodzieży w Mikołowie. Edycja 3”, wykonywany w terminie od dnia 1 kwietnia 2025 r. do dnia 31 marca 2027 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr UM/PW9/2025/O_SLASKI/12915 – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Projekt dotyczy następującego projektu: Typ projektu 3: Prowadzenie rehabilitacji w placówce (rehabilitacja ciągła).

2. Beneficjent/Beneficjentka Ostateczny/-a zostaje skreślony/-a z listy w ciągu **7 dni** od dnia dostarczenia pisemnej decyzji o rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie.
3. Na miejsce Beneficjenta/Beneficjentki, który/-a zrezygnował/-a z udziału w Projekcie przed zakończeniem zaplanowanej ścieżki zrekrutowana będzie kolejna osoba spełniająca kryteria określone w Regulaminie.

Postanowienia końcowe

1. Regulamin obowiązuje z dniem zatwierdzenia przez Koordynatora Projektu i Zarząd Fundacji.
2. Wszelkie zmiany do Regulaminu mogą być wprowadzane tylko i wyłącznie w formie pisemnej.
3. Informacje o zmianach będą każdorazowo podawane do informacji Beneficjentów/Beneficjentek Projektu oraz potencjalnych kandydatów/kandydatek.
4. Aktualna treść Regulaminu dostępna jest w Biurze Projektu.

Załączniki :

Załącznik nr 1 – Formularz zgłoszeniowy.

Załącznik nr 2 – Zgoda na wykorzystanie wizerunku.

Załącznik nr 3 – Oświadczenie o rezygnacji z udziału w Projekcie.

Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

PREZES
Bożena Kolanek



Projekt pod nazwą: „Poprawa funkcjonowania – moim zasobem” Centrum terapii dla dzieci i młodzieży w Mikołowie. Edycja 3”, wykonywany w terminie od dnia 1 kwietnia 2025 r. do dnia 31 marca 2027 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr UM/PW9/2025/O_SLASKI/12915 – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Projekt dotyczy następującego projektu: Typ projektu 3: Prowadzenie rehabilitacji w placówce (rehabilitacja ciągła).

Zał. nr 1

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU:

1. Dane podstawowe uczestnika projektu (prosimy o wypełnienie wszystkich rubryk)

Nazwisko	Imię (imiona)											
Data urodzenia	Płeć K ☐ M ☐											
PESEL <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)

2. Adres zamieszkania uczestnika projektu (prosimy o wypełnienie wszystkich rubryk)

Miejscowość	Kod pocztowy _ _ - _ _ _
Ulica	nr domu nr lokalu
Województwo	Powiat

3. Dane rodzica/opiekuna

Nazwisko	Imię (imiona)
Adres zamieszkania (jeśli jest inny niż uczestnika projektu)	
Telefon kontaktowy	Adres e-mail (bądź wpis: NIE POSIADAM)

Mikołów, 01.04.2025 r.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego



Projekt pod nazwą: „Poprawa funkcjonowania – moim zasobem” Centrum terapii dla dzieci i młodzieży w Mikołowie. Edycja 3”, wykonywany w terminie od dnia 1 kwietnia 2025 r. do dnia 31 marca 2027 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr UM/PW9/2025/O_SLASKI/12915 – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Projekt dotyczy następującego projektu: Typ projektu 3: Prowadzenie rehabilitacji w placówce (rehabilitacja ciągła).

4. Rodzaj i stopień niepełnosprawności/grupa inwalidzka uczestnika: (właściwe zaznaczyć)
- a. znaczny
 - b. umiarkowany
 - c. lekki

Orzeczenie o niepełnosprawności ważne do dnia

Rodzaj (symbol, proszę krótko opisać).....

5. Inne informacje o stanie zdrowia dziecka, dodatkowe opinie(czy dziecko jest chore na epilepsję, czy istnieją schorzenia ortopedyczne itp.):

.....

.....

6. Oświadczam, że: (właściwe zaznaczyć)

- uczestnik/uczestniczka* nie bierze udziału w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON
- uczestnik/uczestniczka* bierze udział w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON:

.....

(Proszę wymienić tytuł projektu, okres realizacji, numer konkursu i cel programowy, Wnioskodawcę)

7. Czy dziecko uczestniczy w zajęciach terapii zajęciowej? Jeśli TAK to jakich:

.....

8. Prosimy o krótkie uzasadnienie chęci uczestnictwa w projekcie:

.....

.....

- **Oświadczam**, że beneficjent/ka spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie i zostałam/zostałem pouczona/pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
- **Zapoznałem/am się** z Regulaminem Projektu: „Poprawa funkcjonowania – moim zasobem” Centrum terapii dla dzieci i młodzieży w Mikołowie. Edycja 3 , dofinansowany ze środków PFRON na podstawie UM/PW9/2025/O_SLASKI/12915 z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwanym dalej PFRON – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- **Wyrażam zgodę** na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu oraz w systemie iPFRON+ przez organizatora projektu w celach rekrutacji do projektu: „Poprawa funkcjonowania – moim zasobem” Centrum terapii dla dzieci i młodzieży w Mikołowie. Edycja 3 , dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy UM/PW9/2025/O_SLASKI/12915 z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwanym dalej PFRON o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

Mikołów, 01.04.2025 r.....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreślić



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Fundacja
Centrum Terapii
i Rozwoju Skarb

Projekt pod nazwą: „Poprawa funkcjonowania – moim zasobem” Centrum terapii dla dzieci i młodzieży w Mikołowie. Edycja 3”, wykonywany w terminie od dnia 1 kwietnia 2025 r. do dnia 31 marca 2027 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr UM/PW9/2025/O_SLASKI/12915 – o realizacji zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Projekt dotyczy następującego projektu: Typ projektu 3: Prowadzenie rehabilitacji w placówce (rehabilitacja ciągła).

Zał.nr 3

Mikołów, dnia

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI

Oświadczam, że rezygnuję z zajęć w ramach Projektu pod nazwą: „Poprawa funkcjonowania – moim zasobem” Centrum terapii dla dzieci i młodzieży w Mikołowie. Edycja 3,

dla: ur. W
(imię i nazwisko dziecka)

z dniem:

Powodem rezygnacji jest
.....
.....

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego