

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W WYJEŹDZIE

Wyjazd historyczno Off-roadowy 7 – 10.09.2023

Imię i nazwisko:		PESEL:	
Data i miejsce urodzenia:		Adres zamieszkania:	
Telefon:		E-mail:	
W razie konieczności powiadomić:			
Zgłoszenie wraz z asystentem?	<ul style="list-style-type: none"> • TAK • NIE 	Imię i nazwisko asystenta:	
Mam już pomarańczową koszulkę Fundacji?	TAK		NIE

UWAGA! Aby wziąć udział w wyjeździe **asystent musi wypełnić II część Deklaracji**. W pierwszej kolejności akceptowani będą asystenci osób potrzebujących wsparcia we wszystkich czynnościach dnia.

INFORMACJE O WYJEŹDZIE

Organizator: Fundacja Podróże Bez Granic, ul. Warszawska 43/1, 81-309 Gdynia

Termin: 7 września (czwartek) – 10 września (poniedziałek) 2023

Zbiórka uczestników: 19:00 – zbiórka uczestników: dworzec PKP Szczecinek Przejazd samochodami z dworca PKP do miejsca zakwaterowania.

Uczestnicy: 20 osób, w tym ok. 13-14 osób z niepełnosprawnością, ok. 3-4 asystentów oraz przedstawiciele Fundacji Podróże bez Granic, a także ok. 10 osobowa załoga kierowców samochodów.

CENA WYJAZDU: 350,00 zł - opłata dotyczy tylko osób z niepełnosprawnością. Asystenci osób z niepełnosprawnością nie ponoszą żadnych kosztów.

Warunkiem uczestnictwa jest **przesłanie prawidłowo wypełnionej deklaracji do 20 sierpnia 2023** na adres: ania@podrozebezgranic.pl lub pocztą na adres Fundacji (liczy się data wpływu). **Zgłoszenia bez odpowiedzi na każde pytanie nie będą rozpatrywane.**

Z otrzymanych zgłoszeń Zespół Fundacji wyłoni najbardziej zmotywowaną i zróżnicowaną grupę pod kątem wieku, doświadczenia, stopnia i rodzaju niepełnosprawności.

O wyniku rekrutacji osoby zgłaszające się zostaną poinformowane **do 23 sierpnia 2023 (w godzinach wieczornych)** Informacja o wynikach rekrutacji przekazywana będzie drogą mailową lub telefoniczną. **Następnie do 1 września 2023 należy uiścić opłatę za wyjazd.**

W przypadku braku wpłaty w określonym terminie na wyjazd zakwalifikowania zostanie osoba z listy rezerwowej.

Dane do przelewu:

Fundacja Podróże bez Granic, ul. Warszawska 43/1, 81-309 Gdynia

mBank: 96 1140 2017 0000 4702 1297 1748

Tytułu przelewu: IMIĘ I NAZWISKO Wyjazd Off-roadowy 7 – 10.09.2023

W przypadku rezygnacji z wyjazdu, opłata może zostać zwrócona wyłącznie gdy na wolne miejsce zostanie zakwalifikowany inny uczestnik i uiści pełną opłatę. W przypadku braku chętnych w odpowiedzi na ogłoszenie fundacji, nową osobę może wskazać uczestnik rezygnujący, zastępująca go osoba musi jednak spełniać wszystkie wymagania wynikające z warunków wyjazdu. W przypadku rezygnacji w terminie uniemożliwiającym znalezienie zastępstwa na wolne miejsce, opłata nie będzie zwracana.

- Organizator nie ponosi odpowiedzialności za pieniądze i rzeczy wartościowe uczestników,
- Uczestnik wycieczki korzysta i czynnie uczestniczy we wszystkich zajęciach organizowanych przez organizatora i stosuje się do regulaminu placówki noclegowej,
- Uczestnik ponosi materialną odpowiedzialność za szkody powstałe z winy uczestnika,

INFORMACJE DODATKOWE:

Informacje w tej części formularze będą stanowić podstawę do zakwalifikowania uczestników na wyjazd. Naszym celem jest aby grupa była jak najbardziej zmotywowana i gotowa na aktywne uczestnictwo we wszystkich jego aspektach. Chcemy także aby grupa była w jak największym stopniu zróżnicowana pod kątem stopnia i rodzaju niepełnosprawności, płci i wieku.

NAPISZ KILKA SŁÓW O SOBIE I WYJAŚNIJ DLACZEGO CHCESZ POJECHAĆ WŁAŚNIE NA TEN WYJAZD?

OPIS NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I STOPIEŃ SAMODZIELNOŚCI - informacje niezbędne do logistycznego zaplanowania wyjazdu i wsparcia opiekunów w uwzględnieniu indywidualnych potrzeb – bardzo prosimy o szczegółowy opis niepełnosprawności i stopnia samodzielności w zakresie samoobsługi, codziennych czynności życiowych, sposób poruszania się. Opis sposobu poruszania się, sprawności kończyn górnych i dolnych. Stopień radzenia sobie z jedzeniem, ubieraniem, codzienną toaletą:

PORUSZASZ SIĘ:

- a) Na wózku inwalidzkim,
- b) O kulach,
- c) Z laską,
- d) Z chodzikiem,
- e) Na nogach bez sprzętu wspomagającego,
- f) Inaczej, opisz w jaki sposób?

MOJA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ JEST WYNIKIEM:

- a) Uszkodzenia rdzenia kręgowego, na jakiej wysokości?.....
- b) Problemów neurologicznych,
- c) Innego schorzenia/ urazu, jakiego?

KILKUGODZINNA JAZDA SAMOCHODEM

- a) Będzie dla mnie sporym wyzwaniem,
- b) Nie stanowi dla mnie żadnego problemu.

PRZY POKONYWANIU OFF ROADOWYCH TRAS

- a) Jestem w stanie siedzieć stabilnie przypinając się zwykłym pasem samochodowym,
- b) Potrzebuję pasów wielopunktowych.

JAKIEGO WSPARCIA POTRZEBUJESZ ze strony swojego asystenta lub/i organizatorów, aby móc w pełni i najbardziej komfortowo uczestniczyć w wyjeździe?

**CZY BRAŁEŚ/AŚ JUŻ UDZIAŁ WE WCZEŚNIEJSZYCH WYJAZDACH FUNDACJI PODRÓŻE BEZ GRANIC?
JEŚLI TAK, WYMIENŃ WSZYSTKIE W KTÓRYCH UCZESTNICZYŁEŚ/AŚ:**

JAK CHCESZ DOJECHAĆ NA WYJAZD?

- DOJADĘ SAMODZIELNIE TRANSPORTEM PUBLICZNYM DO SZCZECINKA
- DOJADĘ SAMODZIELNIE WŁASNYM SAMOCHODEM DO MIEJSCA ZAKWATEROWANIA

JEŚLI BĘDZIESZ JECHAĆ SAMOCHODEM, CZY MOŻESZ ZABRAĆ INNYCH UCZESTNIKÓW?

- TAK / NIE
- ILE OSÓB?
- SKĄD BĘDZIESZ JECHAĆ?.....

Deklaruję moje uczestnictwo w rajdzie rowerowym i w przypadku zakwalifikowania się na wyjazd zobowiązuję się do uiszczenia opłaty w wysokości 400 zł do 16 czerwca 2023.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem i warunkami wyjazdu. Jednocześnie oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na udział w tej wycieczce.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji przez Fundację Podróże bez Granic dla potrzeb niezbędnych do realizacji wyjazdu, a także promocji kolejnych wydarzeń organizowanych przez Fundację, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie mojego wizerunku przez Fundację Podróże bez Granic, w tym na obrót egzemplarzami, na których utrwalono ten wizerunek, oraz na zwielokrotnianie wizerunku wszelkimi dostępnymi aktualnie technikami i metodami, rozpowszechnianie oraz publikowanie, także wraz z wizerunkami innych osób utrwalonymi w ramach realizacji wyjazdu. Jednocześnie oświadczam, że wykorzystanie mojego wizerunku zgodnie z niniejszym oświadczeniem nie narusza niczyich dóbr osobistych ani innych praw.

Miejscowość i data

Podpis uczestnika

CZĘŚĆ 2. DEKLARACJA ASYSTENTA W WYJEŹDZIE

Wyjazd historyczno Off-roadowy 7 – 10.09.2023

Imię i nazwisko:		PESEL:	
Data i miejsce urodzenia:		Adres zamieszkania:	
Telefon:		E-mail:	
/ razie konieczności powiadomić:			
Jadę jako asystent - Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością:			
Mam już pomarańczową koszulkę Fundacji?	TAK	NIE	

CZY MASZ DOŚWIADCZENIE W PRACY Z OSOBAMI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ? TAK / NIE

OPISZ SWOJE DOŚWIADCZENIE (W TYM WOLONTARIAT, POMOC W RODZINIE, ITP.)

LUB MOTYWACJĘ DO TEGO ZADANIA, JEŚLI BĘDZIE TO TWOJE PIERWSZE DOŚWIADCZENIE:

W JAKI SPOSÓB DOWIEDZIAŁAŚ(EŚ) SIĘ O NINIEJSZYM WYJEŹDZIE FUNDACJI PODRÓŻE BEZ GRANIC?

Deklaruję moje uczestnictwo w wyprawie Wyjazd historyczno Off-roadowy 7 – 10.09.2023 oraz w razie potrzeby udzielania wsparcia wszystkim uczestnikom w stopniu niezbędnym do realizacji wyjazdu.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem i warunkami wyjazdu. Jednocześnie oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na udział w tej wycieczce.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji przez Fundację Podróże bez Granic dla potrzeb niezbędnych do realizacji wyjazdu, a także promocje kolejnych wydarzeń organizowanych przez Fundację, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie mojego wizerunku przez Fundację Podróże bez Granic, w tym na obrót egzemplarzami, na których utrwalono ten wizerunek, oraz na zwielokrotnianie wizerunku wszelkimi dostępnymi aktualnie technikami i metodami, rozpowszechnianie oraz publikowanie, także

wraz z wizerunkami innych osób utrwalonymi w ramach realizacji projektu. Jednocześnie oświadczam, że wykorzystanie mojego wizerunku zgodnie z niniejszym oświadczeniem nie narusza niczyich dóbr osobistych ani innych praw.

Miejscowość i data

Podpis asystenta