



## FORMULARZ REKRUTACYJNY

|                       |                                             |
|-----------------------|---------------------------------------------|
| <b>Beneficjent</b>    | Związek Lubuskich Organizacji Pozarządowych |
| <b>Partner</b>        | Spółdzielnia Socjalna „NASZE ZAODRZE”       |
| <b>Tytuł projektu</b> | Usługi asystenckie dla mieszkańców Zaodrza  |
| <b>Numer projektu</b> | FELB.06.13-IZ.00-0026/24                    |

|                        | Lp.           | nazwa                 | <i>proszę <u>czytelnie</u> wypełnić puste rubryki adekwatną treścią<br/>i/lub oznaczyć wybraną odpowiedź symbolem <b>X</b></i>                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>DANE OSOBOWE</b>    | 1             | imię                  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        | 2             | nazwisko              |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        | 3             | płeć                  | kobieta                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |               |                       | mężczyzna                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        | 4             | 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><td></td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |               |                       |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5                      | wykształcenie | niższe niż podstawowe |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |               | podstawowe            |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |               | gimnazjalne           |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |               | ponadgimnazjalne      |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |               | policealne            |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |               | wyższe                |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>DANE KONTAKTOWE</b> | 6             | województwo           | lubuskie                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        | 7             | powiat                |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        | 8             | gmina                 |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        | 9             | miejsowość            |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        | 10            | ulica                 |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        | 11            | nr budynku            |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        | 12            | nr lokalu             |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        | 13            | kod pocztowy          |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        | 14            | telefon kontaktowy    |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15                     | adres e-mail  |                       |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



| Lp.                                            | nazwa     | proszę wypełnić puste rubryki adekwatną treścią<br>i/lub oznaczyć wybraną odpowiedź symbolem <b>X</b> |                                                                 |                              |  |
|------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------|--|
| <b>DANE dot. STATUSU NA RYNKU PRACY</b>        | <b>16</b> | <b>osoba bezrobotna</b>                                                                               | niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy                     |                              |  |
|                                                |           |                                                                                                       | zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy                        |                              |  |
|                                                |           | <b>status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</b>                                 | <b>osoba bierna zawodowo</b>                                    |                              |  |
|                                                |           |                                                                                                       | <b>osoba pracująca, w tym:</b>                                  |                              |  |
|                                                |           |                                                                                                       | <b>pracująca:</b>                                               | w administracji rządowej     |  |
|                                                |           |                                                                                                       |                                                                 | w administracji samorządowej |  |
|                                                |           |                                                                                                       |                                                                 | w MMŚP                       |  |
|                                                |           |                                                                                                       |                                                                 | w dużym przedsiębiorstwie    |  |
|                                                |           |                                                                                                       |                                                                 | w organizacji pozarządowej   |  |
|                                                |           |                                                                                                       | prowadząca działalność na własny rachunek                       |                              |  |
|                                                | inne      |                                                                                                       |                                                                 |                              |  |
|                                                | <b>17</b> | <b>wykonywany zawód</b>                                                                               | instruktor praktycznej nauki zawodu                             |                              |  |
|                                                |           |                                                                                                       | nauczyciel kształcenia ogólnego                                 |                              |  |
|                                                |           |                                                                                                       | nauczyciel wychowania przedszkolnego                            |                              |  |
|                                                |           |                                                                                                       | nauczyciel kształcenia zawodowego                               |                              |  |
|                                                |           |                                                                                                       | pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia                    |                              |  |
|                                                |           |                                                                                                       | kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej    |                              |  |
|                                                |           |                                                                                                       | pracownik instytucji rynku pracy                                |                              |  |
|                                                |           |                                                                                                       | pracownik instytucji szkolnictwa wyższego                       |                              |  |
|                                                |           |                                                                                                       | pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej     |                              |  |
| pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej |           |                                                                                                       |                                                                 |                              |  |
| pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej |           |                                                                                                       |                                                                 |                              |  |
| rolnik                                         |           |                                                                                                       |                                                                 |                              |  |
| inne                                           |           |                                                                                                       |                                                                 |                              |  |
| <b>18</b>                                      |           |                                                                                                       | <b>miejsce zatrudnienia</b><br>(nazwa pracodawcy i miejscowość) |                              |  |



| Lp.                   | nazwa                                                                                                       | proszę wypełnić puste rubryki adekwatną treścią<br>i/lub oznaczyć wybraną odpowiedź symbolem X                                                                                                                                                                                                    |             |  |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|
| <b>DANE DODATKOWE</b> | <b>status<br/>uczestnika /<br/>uczestniczki<br/>projektu<br/>w chwili<br/>przystąpienia do<br/>projektu</b> | osoba należąca do mniejszości<br>narodowej lub etnicznej                                                                                                                                                                                                                                          | tak         |  |
|                       |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | nie         |  |
|                       |                                                                                                             | migrant                                                                                                                                                                                                                                                                                           | tak         |  |
|                       |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | nie         |  |
|                       |                                                                                                             | osoba obcego pochodzenia                                                                                                                                                                                                                                                                          | tak         |  |
|                       |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | nie         |  |
|                       |                                                                                                             | osoba bezdomna<br>lub dotknięta wykluczeniem<br>z dostępu do mieszkań                                                                                                                                                                                                                             | tak         |  |
|                       |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | nie         |  |
|                       |                                                                                                             | stopień niepełnosprawności                                                                                                                                                                                                                                                                        | lekki       |  |
|                       |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | umiarkowany |  |
|                       |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | znaczny     |  |
|                       |                                                                                                             | osoba z niepełnosprawnością sprzężoną<br>lub złożoną oraz osoby z zaburzeniami<br>psychicznymi, w tym osoby<br>z niepełnosprawnością intelektualną<br>i osoby z całościowymi zaburzeniami<br>rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym<br>z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób<br>i Problemów Zdrowotnych | tak         |  |
|                       |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | nie         |  |
|                       |                                                                                                             | dochód nie przekracza 150% właściwego<br>kryterium dochodowego (na osobę<br>samotnie gospodarującą lub na osobę w<br>rodzinie), o którym mowa w ustawie z<br>dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej                                                                                            | tak         |  |
|                       |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | nie         |  |
|                       |                                                                                                             | osoba zagrożona ubóstwem lub<br>wykluczeniem społecznym<br>doświadczające wielokrotnego<br>wykluczenia społecznego rozumianego<br>jako wykluczenie z powodu więcej niż<br>jednej z przestanek                                                                                                     | tak         |  |
|                       |                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | nie         |  |



Fundusze Europejskie  
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Lubuskie  
Warte zachodu

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*czytelny podpis opiekuna prawnego uczestnika /czki projektu*



## OŚWIADCZENIE O WSKAZANIU ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Ja niżej podpisany

.....

zam.....

.....

Oświadczam, że jako uczestnik Projektu/opiekun prawny uczestnika Projektu „Usługi asystenckie dla mieszkańców Zaodrza”, realizowanego przez Związek Lubuskich Organizacji Pozarządowych w partnerstwie ze Spółdzielnią Socjalną NASZE ZAODRZE, **wskazuję na asystenta Pana/Panią**  
(Imię i Nazwisko)

.....

zam.....

tel. kontaktowy.....

Jednocześnie oświadczam, że :

- 1) wskazany asystent **nie jest członkiem rodziny** uczestnika Projektu, na potrzeby realizacji którego, za członków rodziny uczestnika uznaje się wstępnych lub zstępnych, krewnych w linii bocznej, małżonka, wstępnych oraz zstępnych małżonka, krewnych w linii bocznej małżonka, zięcia, synową, macochę, ojczyrma oraz osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, a także osobę pozostającą w stosunku przysposobienia z uczestnikiem Projektu oraz oświadczam, że nie zamieszkuje on z uczestnikiem projektu;
- 2) oświadczam, że wskazany przeze mnie Asystent **jest przygotowany** do realizacji wobec mnie /Uczestnika Programu usług asystencji osobistej.
- 3) Oświadczam, iż o wszelkich zmianach mających wpływ na prawo korzystania z usług asystenta albo na wymiar limitu godzin usług asystencji osobistej (np.: utrata statusu osoby z niepełnosprawnością, zmiana stopnia niepełnosprawności, poinformuję niezwłocznie tj. **nie później niż w terminie 7 od dnia nastąpienia zmiany\*** .

*Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

.....

Miejscowość i data

.....

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

**Karta zakresu czynności w ramach usług asystencji osobistej do Projektu „Usługi asystenckie dla**



## mieszkańców Zaodrza.”

**Uwaga:** Zakres czynnościowy ustalany jest każdorazowo indywidualnie na podstawie autodiagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością oraz katalogu ról społecznych, które osoba z niepełnosprawnością pełni lub chciałaby pełnić.

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu :

.....

Zakres czynności w szczególności dotyczy:

- 1) wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymania higieny osobistej: a) ubieranie ☐;  
b) korzystanie z toalety ☐;  
c) mycie głowy, mycie ciała, kąpiel ☐;  
d) czesanie ☐;  
e) golenie ☐;  
f) wykonywanie nieskomplikowanych elementów makijażu ☐;  
g) obcinanie paznokci rąk i nóg ☐;  
h) zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, usadzenie w wózku ☐;  
i) zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń ☐;  
j) zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych ☐;  
k) przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów(w tym poprzez PEG i sondę) ☐;  
l) ślanie łóżka i zmiana pościeli ☐.
- 2) wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:
  - a) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest



- osobą nieletnią)) - sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci ☐;
- b) dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie – np. informowanie jej o lokalizacji towarów na półkach, podawanie towarów z półek, wkładanie towarów do koszyka/wózka sklepowego, niesienie koszyka, prowadzenie wózka osoby z niepełnosprawnością lub wózka sklepowego, pomoc przy kasie) ☐;
- c) w przypadku samodzielnego zamieszkiwania (za osobę samodzielnie zamieszkującą uznaje się również osobę zamieszkującą z inną osobą z niepełnosprawnością, która przez swoją niepełnosprawność nie może prowadzić gospodarstwa domowego (posiada orzeczenie o niepełnosprawności, z którego wynika, że osoba ta nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji lub jest osobą nieletnią)) - mycie okien maksymalnie 2 razy w roku ☐;
- d) utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.) ☐;
- e) pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością) ☐;
- f) podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go ☐;
- g) transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością) ☐.
- 3) wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:
- a) pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością ☐;
- b) pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym ☐;
- c) pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemym ☐;
- d) pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu ☐;
- e) asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami ☐.



f) transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta ☐.

4) wsparcia w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:

- a) obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji ☐.
- b) wyjście na spacer ☐.
- c) asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc. ☐.
- d) załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej ☐.
- e) pomoc w dojeździe do pracy lub powrocie z pracy ☐.
- f) wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się ☐.
- g) notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze ☐.
- h) pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni, itp. ☐.
- i) wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością ☐.
- j) w razie potrzeby wsparcie w zakresie wypełniania ról społecznych i podejmowania codziennych decyzji ☐.

Miejscowość, dnia .....

Podpis Asystenta .....

Podpis Uczestnika Projektu/Opiekuna prawnego .....





## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA / UCZESTNICZKI PROJEKTU

imię i nazwisko:

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „*Usługi asystenckie dla mieszkańców Zaodrza*” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy ds. Rozwoju Regionalnego, z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa oraz Zarząd Województwa Lubuskiego z siedzibą przy ul. Podgórnej 7, 65-057 Zielona Góra
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego –Lubuskie 2020 w odniesieniu do zbioru pn. Centralny System Teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych na podstawie:
  - a. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
  - b. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
  - c. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
  - d. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „*Usługi asystenckie dla mieszkańców Zaodrza*” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego - Lubuskie 2020.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania beneficjentowi i partnerowi realizującym projekt - **Związek Lubuskich Organizacji Pozarządowych i Spółdzielnia Socjalna „NASZE ZAODRZE”** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu pn. „*Usługi asystenckie dla mieszkańców Zaodrza*”
5. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone mogą być powierzone lub udostępniane:
  - podmiotom, którym zlecono wykonywanie zadań w programie Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021 - 2027,



- organom Komisji Europejskiej, ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, prezesowi zakładu ubezpieczeń społecznych,
  - podmiotom, które wykonują dla nas usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności, np. dostawcom rozwiązań IT i operatorom telekomunikacyjnym.
6. Podanie danych jest warunkiem koniecznym do otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
  7. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
  8. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
  9. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego - Lubuskie 2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
  10. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: IODO@lubuskie.pl lub IOD@mfipr.gov.pl.
  11. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
  12. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*czytelny podpis opiekuna prawnego uczestnika /czki projektu*

| SZCZEGÓŁY WSPARCIA<br><i>wypełnia Beneficjent</i> |                                                                           | data | podpis pracownika Beneficjenta |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------|
| 1                                                 | rozpoczęcie udziału w projekcie                                           |      |                                |
| 2                                                 | zakończenie udziału w projekcie<br>zgodnie z zaplanowaną ścieżką wsparcia |      |                                |
| 3                                                 | przerwanie udziału w projekcie                                            |      |                                |
| 4                                                 | powód przerwania udziału w projekcie                                      |      |                                |