

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**FORMULARZ PRZYSTĄPIENIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**
**„Razem do samodzielności - Projekt kompleksowego wsparcia społecznego i zawodowego osób z niepełnosprawnościami z terenu województwa Małopolskiego”**

Projekt jest realizowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

<b>Imię:</b>	<b>Nazwisko:</b>
PESEL: _____	Miejsce urodzenia:
Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
<b>Miejsce zamieszkania</b>	
Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.	
Miejscowość ..... ul. .... nr domu..... nr lokalu .....Kod pocztowy __ - __ Poczta .....Gmina ..... Powiat ..... Województwo.....	
<b>Kontakt</b>	
Telefon _____ e-mail:.....	
<b>Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć właściwe)</b>	<input type="checkbox"/> e - mail <input type="checkbox"/> telefon
<b>Informacja o specjalnych potrzebach w związku z uczestnictwem w projekcie</b>	
<input type="checkbox"/> transport specjalistycznym środkiem transportu <input type="checkbox"/> język migowy <input type="checkbox"/> wsparcie zdalne (online, komunikatory) <input type="checkbox"/> inne, jakie?.....	<b>Uzasadnienie:</b>

**Wyrażam zgodę uczestnictwa w projekcie poprzez:**

- udział w przeprowadzeniu diagnozy potrzeb oraz stworzeniu Indywidualnego Planu Drogi Życiowej i Zawodowej (dalej IPD)
- udział we wsparciu treningowym (osoby dorosłe)
- udział w kursie wsparcia społecznego
- udział w indywidualnych zajęciach z psychologiem
- udział w spotkaniu integracyjnym i dwóch jednodniowych wycieczkach integracyjnych (Kraków i Zakopane)

W załączeniu przedkładam

- 1) ankietą diagnostyczną,
- 2) oświadczenie Uczestnika Projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych,
- 3) informację w zakresie ochrony danych,
- 4) kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub dokumentu równoważnego,

<b>Miejscowość i data</b>	<b>Czytelny podpis</b>

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

### ANKIETA DIAGNOSTYCZNA

(należy wskazać właściwe zgodnie ze stanem faktycznym i prawnym)

Imię i nazwisko:	
PESEL	

**1. Stopień niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe)**

- Lekki (III) stopień
- Umiarkowany (II) stopień
- Znaczny (I) stopień

**2. Rodzaj niepełnosprawności według orzeczenia (zaznaczyć właściwe)**

- 01-U - upośledzenie umysłowe
- 03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- 04-0 – choroby narządu wzroku
- 05-R – upośledzenie narządu ruchu
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego

**3. Wykształcenie:**

- niższe niż podstawowe
- podstawowe
- gimnazjalne
- zawodowe
- średnie
- policealne
- wyższe (w tym licencjackie)

**4. Pobieram rentę:**

- tak
- nie

**5. Korzystanie ze wsparcia w ramach innych projektów finansowanych przez PFRON**

- korzystam ze wsparcia w ramach innych projektów finansowanych przez PFRON, tj. (proszę napisać tytuł projektu, realizatora i wsparcie z jakiego Pan/ Pani korzysta)

.....

- nie korzystam ze wsparcia w ramach innych projektów finansowanych przez PFRON

**6. Dodatkowe informacje, choroby, alergie (w tym pokarmowe) itp.**

.....  
.....

**7. Potrzeba wsparcia w postaci asystenta osoby z niepełnosprawnością (zaznaczyć właściwe)**

- tak
- nie

**8. Korzystanie ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej**

- tak
- nie

**9. Pochodzenie z rodziny wielodzietnej (dotyczy dzieci i młodzieży poniżej 18 r.ż.)**

- tak
- nie

**10. Fakt rejestracji jako osoba bezrobotna w PUP (dotyczy dorosłych od 18 do 65 r.ż.)**

- tak
- nie

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

.....  
PODPIS KIEROWNIKA PROJEKTU

Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

pt. **„Razem do samodzielności- Projekt kompleksowego wsparcia społecznego i zawodowego osób z niepełnosprawnościami z terenu województwa Małopolskiego”**

Program aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami realizowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

#### O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany/a:

<b>Imię i nazwisko:</b>	
<b>Pesel:</b>	

Oświadczam, że w związku z realizacją Projektu . **„Razem do samodzielności- Projekt kompleksowego wsparcia społecznego i zawodowego osób z niepełnosprawnościami z terenu województwa Małopolskiego** przyjmuję do wiadomości, że Administratorem moich Danych Osobowych jest Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb związanych z realizacją projektu, które zostaną przekazane do PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez PFRON,

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Pomocy Osobom Niepełnosprawnym podanych przeze mnie w Formularzu przystąpienia do udziału w projekcie oraz Ankiecie diagnostycznej dotyczących mojego stanu zdrowia koniecznych do przeprowadzenia postępowania aplikacyjnego i mojego udziału w projekcie.

Mam świadomość, że udzielona zgoda może być przeze mnie odwołana w dowolnym momencie, poprzez pisemne zgłoszenie powyższego na adres [biuro@zazstroze.pl](mailto:biuro@zazstroze.pl). Zdaję sobie sprawę z tego, że wycofanie zgody będzie skutkowało moją rezygnacją z udziału w projekcie jednakże nie będzie miało wpływu na operacje wykonane do czasu jej wycofania.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ww oświadczeń, w pełni je rozumiem, zaś niniejsze oświadczenie składam w pełni dobrowolnie i świadomie.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

*Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*

### **Informacja w zakresie ochrony danych**

1. Administratorem zgromadzonych danych osobowych jest Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym z siedzibą w Stróżach 413 33-331 Stróże KRS 0000028676
2. Administrator przetwarza dane osobowe w związku z realizacją projektu **„Razem do samodzielności- Projekt kompleksowego wsparcia społecznego i zawodowego osób z niepełnosprawnościami z terenu województwa Małopolskiego”** na podstawie umowy zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
3. Dane osobowe Administrator przetwarza zgodnie z art. 6 ust 1 lit a, b, f Rozporządzenia 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) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z2018 r. poz.1000 z późn. zm.).
4. Odbiorcami danych osobowych mogą być wyłącznie podmioty, które uprawnione są do ich otrzymania na mocy przepisów prawa w tym PFRON.
5. W oparciu o dane osobowe uczestnika projektu nie będą dokonywane operacje profilowania, ani podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany.
6. Dane osobowe będą przetwarzane do czasu wycofania zgody na przetwarzanie lub do czasu zakończenia realizacji projektu, w której bierze Pan/Pani udział.
7. Uczestnik Projektu ma prawo wglądu do treści swoich danych osobowych jak też ma prawo do żądania ich poprawienia lub usunięcia, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w zakresie ochrony danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO).

**Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w Projekcie.**

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU