

REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Anioł Stróż - wsparcie w zakresie rehabilitacji leczniczej i społecznej dla osób z niepełnosprawnościami z terenu woj. Małopolskiego

§1

Postanowienia ogólne

1. Wnioskodawcą projektu *Anioł Stróż - wsparcie w zakresie rehabilitacji leczniczej i społecznej dla osób z niepełnosprawnościami z terenu woj. Małopolskiego* jest Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym
2. Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie *Anioł Stróż - wsparcie w zakresie rehabilitacji leczniczej i społecznej dla osób z niepełnosprawnościami z terenu woj. Małopolskiego* zawiera kryteria uczestnictwa, zasady rekrutacji, kwalifikowania Uczestników, zasady organizacji i uczestnictwa oraz zasady monitoringu odnoszące się do projektu „Anioł Stróż - wsparcie w zakresie rehabilitacji leczniczej i społecznej dla osób z niepełnosprawnościami z terenu woj. Małopolskiego”
3. Celem projektu *Anioł Stróż - wsparcie w zakresie rehabilitacji leczniczej i społecznej dla osób z niepełnosprawnościami z terenu woj. Małopolskiego* jest zwiększenie dostępu do rehabilitacji zdrowotnej i społecznej dla niepełnosprawnych mieszkańców Małopolski poprzez zapewnienie zajęć z hipoterapii, dogoterapii i rehabilitacji w wodzie oraz organizację imprez kulturalno-sportowych z udziałem osób z niepełnosprawnością w miejscowości Stróże w 2024 roku.

§2

Zasady rekrutacji oraz kwalifikacji Uczestników

1. Rekrutacja do projektu:
 - Informacja o projekcie i rekrutacji znajduje się na tablicach ogłoszeń Wnioskodawcy oraz na profilu społecznościowym Wnioskodawcy (fb.com/niepelnosprawni)
 - Uczestnikiem Projektu może być **osoba z niepełnosprawnością** (dziecko lub osoba dorosła) zamieszkała na terenie woj. małopolskiego
 - Czas trwania rekrutacji- od 03.07.2024 do 15.07.2024 r. do godziny 15:00
 - Zgłoszenia uczestnika projektu dokonuje:
 - w przypadku osób niepełnoletnich - rodzic/opiekun prawny,
 - w przypadku osób dorosłych – sam uczestnik

Osoba zgłaszająca/uczestnik wyraża również zgodę na przetwarzanie danych osobowych i użycia wizerunku swojego/dziecka w celach promocyjnych projektu na Formularzu zgłoszeniowym. Formularz zgłoszeniowy jest dostępny do pobrania w siedzibie Wnioskodawcy, a także na profilu społecznościowym Wnioskodawcy fb.com/niepelnosprawni
- Po zakończeniu rekrutacji zostanie ogłoszona lista uczestników projektu według kolejności zgłoszenia. Lista będzie do wglądu w siedzibie Wnioskodawcy

- W przypadku wolnych miejsc zostanie przeprowadzona rekrutacja uzupełniająca, trwająca do momentu wyczerpania limitu miejsc
- 2. Dokumentacja rekrutacyjna o którym mowa w pkt. 1 składa się z:
 - a) Z Formularza zgłoszeniowego zawierającego:
 - Oświadczenie o znajomości Regulaminu i udziału w projekcie
 - Oświadczenie dotyczące udostępniania zdjęć
 - Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych
 - b) Orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (kserokopia)
 - c) Zgody na przetwarzanie danych osobowych
 - d) Zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań co do udziału w hipoterapii i/lub dogoterapii i/lub "rehabilitacji w wodzie".

§3

Zasady organizacji

1. W przypadku uczestników niepełnoletnich rodzic/opiekun prawny jest zobowiązany przyprowadzić uczestnika projektu na zajęcia projektowe oraz odebrać po zajęciach.
2. W ramach projektu wsparciem w formie hipoterapii i dogoterapii oraz rehabilitacji w wodzie objętych zostanie 19 dzieci z niepełnosprawnością oraz 6 dorosłych z niepełnosprawnością. Osoby te będą realizować cykl sesji terapeutycznych w ilości 30 spotkań, tj. 10 spotkań rehabilitacyjnych (30 min.) z hipoterapii, 10 spotkań rehabilitacyjnych (30 min.) z dogoterapii, 10 spotkań rehabilitacyjnych (60 min.) z rehabilitacji w wodzie.
3. Zajęcia z hipoterapii prowadzić będzie wykwalifikowany hipoterapeuta. Zajęcia z dogoterapii prowadzić będzie wykwalifikowany dogoterapeuta. Zajęcia "rehabilitacja w wodzie" prowadzić będzie wykwalifikowany fizjoterapeuta. Zajęcia z "rehabilitacji w wodzie" odbywać się będą na basenie krytym.
4. Warunkiem udziału w zajęciach hipoterapii, dogoterapii i "rehabilitacji w wodzie" jest posiadanie statusu osoby z niepełnosprawnością oraz dostarczenie zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań co do udziału w hipoterapii i/lub dogoterapii i/lub "rehabilitacji w wodzie".
5. Realizacja projektu będzie się odbywać na terenie Wnioskodawcy w dniach od 17.07.2024 do 31.12.2024 r.
6. Udział w projekcie jest nieodpłatny.
7. Wnioskodawca nie będzie generował dochodu w ramach projektu.

§4

Postanowienia końcowe

1. Sprawy nieregulowane niniejszym Regulaminem rozstrzygane są przez Fundację Pomocy Osobom Niepełnosprawnym.
2. Regulamin obowiązuje w okresie realizacji projektu. Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym zastrzega sobie możliwość zmiany niniejszego Regulaminu w trakcie trwania Projektu.

Załączniki:

1. Formularz zgłoszeniowy

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Imię uczestnika	
Nazwisko uczestnika	
Adres zamieszkania uczestnika	
Data urodzenia uczestnika	
Adres e- mail uczestnika/ rodzica/opiekuna prawnego	
Telefon uczestnika/rodzica/opiekuna prawnego	

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią Regulaminu i oświadczam, że przystępuję / zezwalam na przystąpienie mojego dziecka /do projektu *Anioł Stróż - wsparcie w zakresie rehabilitacji leczniczej i społecznej dla osób z niepełnosprawnościami z terenu woj. Małopolskiego* na zasadach określonych w Regulaminie

.....
(Data i podpis)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Fundację Pomocy Osobom Niepełnosprawnym mojego wizerunku/ wizerunku mojego dziecka (zdjęć z przebiegu realizacji projektu) w mediach i na stronach internetowych oraz portalach społecznościowych Fundacji Pomocy Osobom Niepełnosprawnym oraz partnerów realizujących projekt

.....
(Data i podpis)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na zamieszczenie w bazie danych oraz przetwarzanie danych osobowych przez Fundację Pomocy Osobom Niepełnosprawnym (zebrane dane osobowe będą przetwarzane przez administratora danych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) 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 – ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1), gdy jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych lub art. 6 ust. 1 lit. a) rozporządzenia 2016/679,)

.....
(Data i podpis)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/danych osobowych mojego dziecka w podanym niżej zakresie:

- świadczeniu usług drogą elektroniczną
- w postaci podanego przeze mnie numeru telefonu w celu komunikacji w sprawie prawidłowej realizacji projektu *Anioł Stróż - wsparcie w zakresie rehabilitacji leczniczej i społecznej dla osób z niepełnosprawnościami z terenu woj. Małopolskiego* przez Fundację Pomocy Osobom Niepełnosprawnym, Stróże 413
- w postaci adresu poczty elektronicznej w celu przysyłania mi informacji marketingowych dotyczących produktów i usług oferowanych przez Fundację Pomocy Osobom Niepełnosprawnym, Stróże 413 za pomocą środków komunikacji elektronicznej, stosownie do treści przepisu art. 10 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną.
- w postaci adresu poczty elektronicznej w celu komunikacji w sprawie prawidłowej realizacji projektu *Anioł Stróż - wsparcie w zakresie rehabilitacji leczniczej i społecznej dla osób z niepełnosprawnościami z terenu woj. Małopolskiego* przez Fundację Pomocy Osobom Niepełnosprawnym, Stróże 413 za pomocą środków komunikacji elektronicznej, stosownie do treści przepisu art. 10 ust. 1 i 2 ustawy o
- w postaci podanego przeze mnie numeru telefonu przez Fundację Pomocy Osobom Niepełnosprawnym, Stróże 413 w celu prowadzenia działań marketingowych przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych oraz automatycznych systemów wywołujących w rozumieniu ustawy Prawo telekomunikacyjne.

Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości e-mail lub wiadomości SMS na adres Fundacji Pomocy Osobom Niepełnosprawnym spod adresu/nr telefonu, którego zgoda dotyczy.

.....

Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę