



WNIOSEK KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
w ramach programu
„Pomoc osobom poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych
wywołanych chorobami zakaźnymi”

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU	
IMIE/IMIONA	NAZWISKO
ULICA	NR DOMU/NR LOKALU
MIEJSCOWOŚĆ	KOD POCZTOWY
NR TELEFONU	ADRES EMAIL
DANE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI <i>(znaczny, umiarkowany, lekki, do 16 roku życia)</i>	WAŻNOŚĆ ORZECZENIA <i>(należy wpisać datę ważności orzeczenia lub bezterminowo)</i>
CZY WNIOSKODAWCA KIEDYKOLWIEK MIAŁ POZYTYWNY WYNIK TESTU NA COVID-19?	
TAK*	NIE*
DANE OPIEKUNA PRAWNEGO/PEŁNOMOCNIKA**	
IMIE/IMIONA	NAZWISKO
ULICA	NR DOMU/NR LOKALU
MIEJSCOWOŚĆ	KOD POCZTOWY
NR TELEFONU	ADRES EMAIL

*niepotrzebne skreślić

** należy wypełnić tylko w przypadku gdy uczestnikiem jest dziecko/osoba ubezwłasnowolniona lub działająca za pośrednictwem pełnomocnika ustanowionego notarialnie;

Ja, niżej podpisany/a deklaruję uczestnictwo we **wszystkich** przewidzianych formach wsparcia w ramach programu „**Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi**”, tj. w:

- indywidualnym spotkaniu z psychologiem - 1 godz.;
- indywidualnym spotkaniu z fizjoterapeutą - 1 godz.;
- indywidualnych zajęciach: fizjoterapii stacjonarnej/zajęciach w sali doświadczenia świata i sali integracji sensorycznej - 10 godz. (forma zajęć zostanie ustalona przed przystąpieniem do projektu);

Ponadto oświadczam:

- jestem świadomy, że w przypadku nieusprawiedliwionej nieobecności na zajęciach mogę być obciążony kosztami udziału w projekcie;
- zobowiązuję się informować osoby prowadzące zajęcia o wszelkich okolicznościach mających wpływ na mój udział w projekcie, w szczególności w zakresie korzystania z usług fizjoterapeuty.

.....

miejsowość, data

.....

czytelny podpis uczestnika

projektu/opiekuna prawnego

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

1. KSEROKOPIĘ ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB ORZECZENIA RÓWNOWAŻNEGO.
2. (JEŻELI DOTYCZY) KSEROKOPIĘ PEŁNOMOCNICTWA LUB ORZECZENIA SĄDU O USTANOWIENIU OPIEKUNA PRAWNEGO.

**DODATKOWE INFORMACJE NA TEMAT PROJEKTU MOŻNA
UZYSKAĆ POD NUMEREM TELEFONU (52) 559 02 19 LUB W SIEDZIBIE
POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W TUCHOLI PRZY
UL. KOŚCIUSZKI 16, 89-500 TUCHOŁA**

Projekt realizowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu i sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA UCZESTNIKA PROJEKTU

Imię i nazwisko osoby składającej:

Imię i nazwisko podopiecznego*:

* należy wypełnić, jeżeli uczestnikiem jest dziecko, osoba ubezwłasnowolniona lub działająca przez pełnomocnika

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 7 kwietnia 2016 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) informujemy, że:

- Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi, ul. Kościuszki 16, 89-500 Tucholi.
- Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych: inspektor.rod@wp.pl
- Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z art. 6, ust. 1, lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 7 kwietnia 2016 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) na podstawie art. 41. ust. 1, pkt 4) w związku z art. 35a ust. 1 pkt. 4) ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych do celów związanych z udziałem w programie „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”.
- Ma Pan/Pani prawo wglądu do treści swoich danych oraz prawo do żądania ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz do przenoszenia danych w przypadkach określonych w Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 7 kwietnia 2016 r.

Projekt realizowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu i sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

- Zebrane dane będą przechowywane przez okres 5 lat, licząc od początku roku kalendarzowego następującego po roku realizacji programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”.
- Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich i organizacji międzynarodowych.
- Podanie danych jest obowiązkowe, nie podanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości udziału w programie „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”.
- Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, że przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem.
- W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi nie podejmuje się decyzji w sposób zautomatyzowany, w tym dane osobowe nie są profilowane.
- Dodatkowe informacje na temat przetwarzania danych osobowych dostępne są w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi, ul. Kościuszki 16, 89-500 Tuchola i na stronie www.pcpertuchola.pl w zakładce ochrona danych osobowych.

Administrator danych osobowych

Zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi.

.....
Data

.....
Czytelny podpis osoby składającej