

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO ZADANIA PUBLICZNEGO
„Razem dla zdrowia – grupy środowiskowego wsparcia dla osób z niepełnosprawnością”
 realizowanego przez Tucholskie Stowarzyszenie „Jak w rodzinie”

Zadanie jest finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
 Niepełnosprawnych będących w dyspozycji samorządu Powiat Tucholskiego.

Formularz wypełnia:

- 1) osoba z niepełnosprawnością;
- lub
- 2) rodzic/opiekun prawny dziecka z niepełnosprawnością;
- lub
- 3) opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej.

DANE PODSTAWOWE	
1. Formularz składany jest (należy zaznaczyć właściwe)	<input type="radio"/> we własnym imieniu <input type="radio"/> w imieniu małoletniego dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej
2. Imię:	
3. Nazwisko:	
4. Data urodzenia:	
5. Numer telefonu:	
6. Adres e-mail:	

DANE ADRESOWE	
1. Ulica	
2. Numer domu	
3. Numer lokalu	
4. Miejscowość	
5. Kod pocztowy:	
6. Poczta	

DANE PODOPIECZNEGO/OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ (O ILE DOTYCZY)	
1. Imię:	
2. Nazwisko:	
3. Data urodzenia:	
4. Numer telefonu:	
5. Adres e-mail:	

DANE ADRESOWE PODOPIECZNEGO/OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ (O ILE DOTYCZY)	
1. Czy podopieczny/osoba ubezwłasnowolniona zamieszkuje pod tym samym adresem co osoba składająca formularz? (jeżeli tak, nie ma konieczności wypełniać poniższy pól)	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
2. Ulica	
3. Numer domu	
4. Numer lokalu	
5. Miejscowość	
6. Kod pocztowy:	
7. Poczta	

W przypadku formularza składanego w imieniu podopiecznego/osoby ubezwłasnowolnionej poniższe dane należy odnieść do sytuacji tej osoby.

DANE NIEZBĘDNE DO OCENY FORMULARZA	
1. Stopień niepełnosprawności (należy wpisać właściwe: znaczny, umiarkowany, lekki, do 16 roku życia). <i>W przypadku posiadania orzeczenia wydanego przez inny organ (np. ZUS) prosimy o kontakt.</i>	
2. W którym roku ostatni raz korzystał/a Pan/Pani z usług podobnych do tych oferowanych w projekcie – tzn. z rehabilitacji (w tym turnusu rehabilitacyjnego), terapii w sali doświadczania świata, terapii sensorycznej?	
3. Czy brał/a Pan/Pani udział w projekcie realizowanym przez stowarzyszenie „Jak w rodzinie” w 2021 r. pn. "Poprawa jakości życia poprzez aktywizację i udział w grupie środowiskowego wsparcia dla osób niepełnosprawnych"?	
4. Czy brał/a Pan/Pani udział w projekcie realizowanym przez stowarzyszenie „Jak w rodzinie” w 2022 r. pn. "Grupy środowiskowego wsparcia dla osób z niepełnosprawnością”	

Do formularza należy dołączyć:

- 1) orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne (kserokopia z oryginałem do wglądu);
- 2) o ile dotyczy: dokument potwierdzający prawo do występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (pełnomocnictwo, postanowienie sądu o ustanowieniu opieki prawnej – kserokopia z oryginałem do wglądu).

UWAGA!

UDZIAŁ W PROJEKCIE JEST RÓWNOZNACZNY Z UDZIAŁEM WE WSZYSTKICH ZAPLANOWANYCH FORMACH WSPARCIA, tj.:

- indywidualnym spotkaniu z psychologiem/pedagogiem - 2 godz.;
- indywidualnym spotkaniu z fizjoterapeutą (dotyczy osób dorosłych) - 0,5 godz.;
- indywidualnych zajęciach: terapii integracji sensorycznej/sali doświadczenia świata/fizjoterapii – łącznie 10 godz.;
- w warsztatach z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnością;
- spotkaniach grupy wsparcia – 5 spotkań,

oraz do współpracy z animatorem projektu i udziału w ewaluacji projektu.

NIEUSPRAWIEDLIWIONA NIEOBECNOŚĆ UCZESTNIKA W JAKIEJKOLWIEK ZE WSKAZANYCH WYŻEJ FORM WSPARCIA MOŻE SKUTKOWAĆ OBCIĄŻENIEM UCZESTNIKA KOSZTAMI CAŁEGO UDZIAŁU W PROJEKCIE.

Zgłaszam swoją kandydaturę do udziału w zadaniu publicznym „Razem dla zdrowia – grupy środowiskowego wsparcia dla osób z niepełnosprawnością”

Oświadczam, że:

1. Pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne z prawdą i zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania Stowarzyszenia o ich zmianie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że zadanie jest współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. W przypadku zakwalifikowania się do projektu zobowiązuję się przedłożyć dokumenty niezbędne do weryfikacji danych zawartych w niniejszym formularzu.

.....

Podpis osoby składającej formularz



KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Imię i nazwisko osoby składającej:

Imię i nazwisko podopiecznego*:

* należy wypełnić, jeżeli uczestnikiem jest osoba niepełnoletnia bądź ubezwłasnowolniona

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 Tucholskie Stowarzyszenie „Jak w rodzinie”, ul. Kościuszki 16, 89-500 Tucholi.
- Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z art. 6, ust. 1, lit. a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) 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) do celów związanych z rekrutacją do projektu „Razem dla zdrowia – grupy środowiskowego wsparcia dla osób z niepełnosprawnością”
- 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.
- Może Pan/Pani wycofać zgodę na przetwarzanie danych osobowych w każdym momencie, poprzez złożenie oświadczenia w siedzibie Tucholskiego Stowarzyszenia „Jak w rodzinie”, ul. Kościuszki 16, 89-500 Tuchola. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na ich przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody oraz będzie skutkowało brakiem możliwości udziału w rekrutacji do projektu „Razem dla zdrowia – grupy środowiskowego wsparcia dla osób z niepełnosprawnością”
- Zebrane dane będą przechowywane do momenty zakończenia rekrutacji do projektu „Razem dla zdrowia – grupy środowiskowego wsparcia dla osób z niepełnosprawnością”



- Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich i organizacji międzynarodowych.
- Podanie danych jest dobrowolne, jednak nie podanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości udziału w projekcie „Razem dla zdrowia – grupy środowiskowego wsparcia dla osób z niepełnosprawnością”
- 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 Tucholskim Stowarzyszeniu „Jak w rodzinie” 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 Tucholskiego Stowarzyszenia „Jak w rodzinie”, ul. Kościuszki 16, 89-500 Tuchola

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego podopiecznego (jeżeli dotyczy) przez Tucholskie Stowarzyszenie „Jak w rodzinie”, ul. Kościuszki 16, 89-500 Tuchola w związku z udziałem w rekrutacji do projektu „Razem dla zdrowia – grupy środowiskowego wsparcia dla osób z niepełnosprawnością”

.....

Podpis osoby składającej formularz

DODATKOWE INFORMACJE MOŻNA UZYSKAĆ:

1. W SIEDZIBIE STOWARZYSZENIA – UL. KOŚCIUSZKI 16, 89-500 TUCHOLA, POKÓJ 2.26.
2. POD NUMERAMI TELEFONÓW – 52 559 2010, 52 559 2011.
3. POCZTĄ ELEKTRONICZNĄ: jakwrodzinie@onet.pl.