

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO ZADANIA PUBLICZNEGO „Razem dla zdrowia – wsparcie osób z niepełnosprawnością”

realizowanego przez Tucholskie Stowarzyszenie „Jak w rodzinie”

Zadanie jest współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będących w dyspozycji samorządu Powiatu Tucholskiego.

Formularz wypełnia:

1) osoba z niepełnosprawnością;

lub

2) opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej.

PROSIMY O WYPEŁNIENIE FORMULARZA DRUKOWANYMI LITERAMI, FORMULARZE NIECZYTELNE NIE BĘDĄ BRANE POD UWAGĘ!

DANE PODSTAWOWE	
1. Formularz składany jest (należy zaznaczyć właściwe)	☐ we własnym imieniu ☐ 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)	☐ Tak ☐ 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). <i>W przypadku posiadania orzeczenia wydanego przez inny organ (np. ZUS) prosimy o kontakt.</i>	☐ Lekki ☐ Umiarkowany ☐ Znaczny
2. Czy brał Pan/Pani udział w projekcie „Łączymy się – grupy środowiskowego wsparcia dla osób z niepełnosprawnością” w 2025 r.?	☐ tak ☐ nie
3. Czy brał Pan/Pani udział w przeciągu ostatnich 3 lat z podobnych form wsparcia (np. rehabilitacja, turnus rehabilitacyjny, itp.)	☐ tak ☐ nie
4. Czy jest Pan/Pani zatrudniona?	☐ tak ☐ nie
5. Uzasadnienie wniosku (należy wpisać <u>konkretne argumenty</u> wskazujące na potrzebę udziału w projekcie). Nie liczy się długość, ale jakość!	

DANE NIEZBĘDNE DO OCENY FORMULARZA

--	--

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 pracownikiem socjalnym – 2 godz.;
- indywidualnym spotkaniu z fizjoterapeutą - 0,5 godz.;
- indywidualnych zajęciach rehabilitacyjnych – łącznie 14 godz.;
- 2 warsztaty prawne dla osób dorosłych z niepełnosprawnością, (łącznie: 4 h);
- spotkania obejmujące zajęcia wspierające dobrostan psychofizyczny prowadzone przez instruktora jogi, (łącznie: 4 h);
- 1 wyjazd edukacyjno-integracyjny, (łącznie: 6 h)
- współpracy z pracownikami 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. ŚREDNI KOSZT UDZIAŁU JEDNEJ OSOBY W PROJEKCIE WYNOSI **4.498,28ZŁ.**

Zgłaszam swoją kandydaturę do udziału w zadaniu publicznym

„Razem dla zdrowia – wsparcie osób z niepełnosprawnością

Złożenie formularza nie oznacza gwarancji zakwalifikowania się do udziału w zadaniu, Tucholskie Stowarzyszenie „Jak w rodzinie” ma prawo zakończyć rekrutację bez podania przyczyny na każdym jej etapie.

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 27 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 – wsparcie 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 – wsparcie osób z niepełnosprawnością”,
- Zebrane dane będą przechowywane do momentu zakończenia rekrutacji do projektu „Razem dla zdrowia – wsparcie osób z niepełnosprawnością”,

Zadanie jest współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych będących w dyspozycji samorządu Powiatu Tucholskiego

- 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 – wsparcie 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 – wsparcie osób z niepełnosprawnością”**

.....

Podpis osoby składającej formularz

DODATKOWE INFORMACJE MOŻNA UZYSKAĆ:

1. W SIEDZIBIE STOWARZYSZENIA – UL. KOŚCIUSZKI 16, 89-500 TUCHOŁA, POKÓJ 2.25, 2.24
2. POD NUMERAMI TELEFONÓW – 52 336 07 01
3. POCZTĄ ELEKTRONICZNĄ: jakwrodzinie@onet.pl.