

Załącznik do realizacji zadania w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji (...)

Nazwa zadania PFRON:

Kierunek pomocy 1 : Wejście osób niepełnosprawnych na rynek pracy, konkurs 4/2017

Zadanie 2. Organizowanie i prowadzenie szkoleń, kursów, warsztatów, grup środowiskowego wsparcia oraz zespołów aktywności społecznej dla osób niepełnosprawnych, aktywizujących zawodowo i społecznie te osoby

Zadanie 6. organizowanie i prowadzenie zintegrowanych działań na rzecz włączania osób niepełnosprawnych w rynek pracy, w szczególności przez:

- a) doradztwo zawodowe,
- b) przygotowanie i wdrożenie indywidualnego planu drogi życiowej i zawodowej,
- c) prowadzenie specjalistycznego poradnictwa zawodowego i pośrednictwa pracy, mających na celu przygotowanie do aktywnego poszukiwania pracy i utrzymania w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

"Zakład Integracji Społeczno-Zawodowej w Szczecinie – oknem na rynek pracy"

I. DANE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA PROJEKTU	
1. Imię i nazwisko	
2. Data i miejsce urodzenia	
3. PESEL	
4. Adres zamieszkania	
5. Powiat	
6. Telefon kontaktowy (OBOWIĄZKOWO)	
7. Kontakt e-mail	
8. Obszar	<input type="checkbox"/> Wieś <input type="checkbox"/> miasto do 20 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto 20-50 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto 50-100 tys. Mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto powyżej 100 tys .mieszkańców
9. Rodzaj Niepełnosprawności - Symbol	Symbol niepełnosprawności na orzeczeniu:
10. Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki
11. Opis niepełnosprawności (opisać przyczynę i następstwa, trudności w funkcjonowaniu i wykonyw. pracy	
12. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne; <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe

13. Zawód	
14. Status na rynku pracy	rejestracja w PUP <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE uczestnictwo w WTZ <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
15. Zatrudnienie – dotyczy osób pracujących	<input type="checkbox"/> nieaktywny zawodowo <input type="checkbox"/> poszukujący pracy zatrudniony <input type="checkbox"/> poszukujący pracy niezatrudniony <input type="checkbox"/> bezrobotny <input type="checkbox"/> zatrudniony w ZAZ <input type="checkbox"/> zatrudniony w ZPCH <input type="checkbox"/> zatrudniony na otwartym rynku pracy

I. UDZIAŁ (w chwili obecnej) W INNYCH PROJEKTACH FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PFRON, REALIZOWANYCH POZA FUNDACJĄ ? (TAK/ NIE) Jeśli tak, to w jakich? – podaj nazwę i cel projektu

Nazwa:.....

.....

Cel programowy

Jaki rodzaj wsparcia otrzymuje beneficjent w ramach projektu w jakim uczestniczy?

.....

III. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO DOKUMENTU	
1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
IV. OŚWIADCZENIA	
1. Świadomy(a) odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny / Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm./ oświadczam, że wszystkie dane zawarte we Wniosku Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.	
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie "Zakład Integracji Społeczno-Zawodowej w Szczecinie – oknem na rynek pracy"	

<p>3. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że niniejszy projekt jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach realizacji zadania:</p> <p>Kierunek pomocy 1 : Wejście osób niepełnosprawnych na rynek pracy, konkurs 4/2017</p> <p>Zadanie 2. Organizowanie i prowadzenie szkoleń, kursów, warsztatów, grup środowiskowego wsparcia oraz zespołów aktywności społecznej dla osób niepełnosprawnych, aktywizujących zawodowo i społecznie te osoby</p> <p>Zadanie 6. organizowanie i prowadzenie zintegrowanych działań na rzecz włączania osób niepełnosprawnych w rynek pracy, w szczególności przez:</p> <p>a) doradztwo zawodowe, b) przygotowanie i wdrożenie indywidualnego planu drogi życiowej i zawodowej, c) prowadzenie specjalistycznego poradnictwa zawodowego i pośrednictwa pracy, mających na celu przygotowanie do aktywnego poszukiwania pracy i utrzymania w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych</p>	
<p>4. Zobowiązuję się do przedłożenia wszelkich informacji, dokumentów oraz oświadczeń niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu.</p>	
<p>5. Przyjmuje do wiadomości, że złożenie Wniosku Zgłoszeniowego nie jest jednoznaczne z przyjęciem mnie do projektu.</p>	
<p>6. Przyjmuję do wiadomości, że decyzja Komisji Rekrutacyjnej jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie.</p>	
<p>V. OSWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH</p>	
<p>Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016 r. (dalej: „RODO”) informuję, iż:</p> <p>Dane osobowe przekazane przez beneficjentów ostatecznych zadania, realizowanego w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92 z późn. zm) będą przetwarzane w celu realizacji „Zasad zlecenia przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym” przez Fundację Promocja Zdrowia dla potrzeb procesu rekrutacji, realizacji i ewaluacji projektu.</p> <p>Na podstawie 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) (dalej „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych w Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).</p> <p>Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:</p> <p>1. Administratorem moich danych osobowych jest Fundacja Promocja Zdrowia, 70-340 Szczecin, al. Bohaterów Warszawy 27 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie ul. Jana Pawła II 13.</p> <p>2. Moje dane będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi w/w projektu.</p> <p>3. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu udzielenia wsparcia w ramach projektu, ewaluacji, monitoringu i sprawozdawczości projektu.</p> <p>4. Podanie danych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.</p>	
<p>Szczecin, dnia r. (miejsowość i data)</p>	<p>..... (czytelny podpis wnioskodawcy/ opiekuna)</p>

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

"Zakład Integracji Społeczno-Zawodowej w Szczecinie – oknem na rynek pracy"

Wypełnia beneficjent

Ja niżej podpisany/a

Zamieszkały/a

Deklaruję chęć udziału w Projekcie pn. **"Zakład Integracji Społeczno-Zawodowej w Szczecinie – oknem na rynek pracy" w ramach zadań zleczanych PFRON** na podstawie art.36 ustawy o rehabilitacji (...):**Kierunek pomocy 1 : Wejście osób niepełnosprawnych na rynek pracy, konkurs 4/2017**

Przyjmuję do wiadomości, że uczestnictwo w projekcie obliguje mnie do uczestnictwa w następujących formach:

- Opracowanie Indywidualnego Planu Działania - stworzonego z uwzględnieniem diagnozy sytuacji problemowej, zasobów, potencjału, predyspozycji i potrzeb ON. Stworzone wspólnie przez psychologa, doradcę zawodowego oraz terapeutę - specjalistę rehabilitacji ON. (7h/os.)
- Indywidualne doradztwo zawodowe (20h./os.),
- indywidualna terapia psychologiczna (20h/na os.),
- warsztaty interpersonalne (24h/os.),
- warsztaty aktywizacji zawodowej i aktywnego poszukiwania pracy (24h/os)
- Pośrednictwo pracy - wsparcie Trenera pracy (20h/os)
- szkolenie zawodowe podnoszące kompetencje zawodowe (średnio 40h/os),
- staż w przedsiębiorstwie - 3 miesięczny_
- wsparcie trenera pracy

Zobowiązuję się również udzielić niezbędnych informacji o osiągniętych rezultatach na każdym etapie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.

Oświadczam, że:

- podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą;
- Zapoznałem się z zasadami uczestnictwa w projekcie;
- zostałem pouczone/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
- zostałem poinformowany o współfinansowaniu projektu ze środków PFRON w ramach konkursu nr 4 „Samodzielni i skuteczni” , realizowanego w ramach art. 36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- **nie korzystam z podobnych form wsparcia w identycznym zakresie w ramach innych projektów współfinansowanych ze środków PFRON o tym samym celu programowym, tj. „Wejście osób niepełnosprawnych na rynek pracy”.**

Szczecin, dnia
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis uczestnika lub jego opiekuna)

Klauzula Informacyjna dotycząca ochrony danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016 r. (dalej: „RODO”) informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **FUNDACJA PROMOCJA ZDROWIA** z siedzibą w **SZCZECINIE przy ul. AL. BOHATERÓW WARSZAWY 27, 70-340 SZCZECIN, REGON 320931914 NIP 851-31-36-341 KRS 0000370165** (dalej: „Administrator”). Dane kontaktowe: **tel. 91 831 48 00** **email: fund.prom.zdrowia@wp.pl**
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań statutowych fundacji oraz w celu wypełnienia ciążących na Administratorze obowiązków prawnych związanych z działalnością Fundacji, wynikających z realizacji zadań finansowanych ze środków publicznych.
- 3) Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie:
 - a. art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. ze względu na niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązków prawnych wynikających z przepisów *Ustawy z dnia 6 kwietnia 1984 r. o fundacjach* oraz z innych przepisów prawa krajowego i wspólnotowego, w tym w szczególności niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązków w zakresie dokumentowania działalności fundacji dla celów rejestrowych i innych celów ustawowych;
 - b. art. 6 ust. 1 lit. f) RODO, tj. ze względu na niezbędność przetwarzania do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora, przy czym prawnie uzasadnionym interesem realizowanym przez Administratora jest efektywne prowadzenie działalności statutowej Fundacji.
- 4) **Administrator przetwarza także szczególne kategorie danych osobowych („dane wrażliwe”), które Pani/Pana dotyczą, w tym w szczególności dane dotyczące zdrowia, niepełnosprawności oraz zatrudnienia.** Podstawą przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych jest art. 9 ust. 2 lit. d) RODO, tj. fakt, iż przetwarzania dokonuje się w ramach uprawnionej działalności prowadzonej przez fundację z zachowaniem odpowiednich zabezpieczeń. Szczegółowych informacji w przedmiocie zabezpieczeń wykorzystywanych przez fundację udziela Administrator.
- 5) **Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do instytucji, państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.**
- 6) W przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych mogą uczestniczyć podmioty udzielające wsparcia Administratorowi na zasadzie zleconych usług i zgodnie z zawartymi umowami powierzenia przetwarzania danych. Pana/Pani dane osobowe mogą być ujawnione w szczególności pracownikom lub współpracownikom Administratora. Szczegółowych informacji w tym przedmiocie udziela Administrator.
- 7) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres przez okres niezbędny do realizacji celów statutowych fundacji. W zakresie, w jakim przechowywanie Pani/Pana danych jest niezbędne w celu dokumentowania działalności fundacji dla celów rejestrowych i innych celów ustawowych, Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do upływu terminów wynikających z przepisów prawa.
- 8) **Posiada Pani/Pan prawo żądania od Administratora dostępu do Pani/Pana danych osobowych oraz ich sprostowania. W przypadkach wskazanych w art. 17-18 RODO przysługuje Pani/Panu prawo żądania od Administratora usunięcia danych osobowych, które Pani/Pana dotyczą lub ograniczenia ich przetwarzania.** W zakresie, w jakim Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) RODO, w przypadkach wskazanych w art. 21 RODO przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia

sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, które Pani/Pana dotyczą. Nie przysługuje Pani/Panu prawo przenoszenia danych, ponieważ Pani/Pana dane nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

- 9) W celu skorzystania z powyższych uprawnień należy skontaktować się z Administratorem.
- 10) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy prawa.
- 11) Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do skorzystania ze wsparcia oferowanego przez fundację. Konsekwencją niepodania danych osobowych może być brak możliwości uzyskania wsparcia.
- 12) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany ani profilowane.
- 13) Administrator udziela odpowiedzi na pytania i wątpliwości dotyczące przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, a także przyjmuje wszelkie uwagi i zastrzeżenia w tym zakresie. Z Administratorem można się skontaktować telefonicznie (91 8314800), za pośrednictwem poczty elektronicznej (fund.prom.zdrowia@wp.pl) lub za pośrednictwem poczty tradycyjnej.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z powyższą Klauzulą Informacyjną, a jej treść jest dla mnie w pełni zrozumiała.

Szczecin, dnia _____
(data, podpis)