

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

Nazwa zadania PFRON:

zad.1 Prowadzenie rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnych typach placówek, konkurs 4/2017

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Od rehabilitacji do niezależności II” - prowadzenie kompleksowych działań dla osób niepełnosprawnych z woj. zachodniopomorskiego w Specjalistycznym Ośrodku Diagnostyki, Terapii i Rehabilitacji „Koniczynka”

I. DANE SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	
1. Imię i nazwisko	
2. Data i miejsce urodzenia	
3. Adres zamieszkania	
4. Telefon kontaktowy	
II. DANE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA PROJEKTU	
1. Imię i nazwisko	
2. Data i miejsce urodzenia	
3. PESEL	
4. Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
6. Adres zamieszkania	
7. Powiat	
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. Telefon kontaktowy (OBOWIĄZKOWO)	
10. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> nie objęty edukacją; <input type="checkbox"/> w trakcie nauki; <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne; <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe
11. 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

12. 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
13. Rodzaj Niepełnosprawności - Symbol	
14. Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki
15. Opis niepełnosprawności	

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(y), że wyrażam(y) zgodę na uczestnictwo w projekcie „**Od rehabilitacji do niezależności II**” - **prowadzenie kompleksowych działań dla osób niepełnosprawnych z woj. zachodniopomorskiego w Specjalistycznym Ośrodku Diagnostyki, Terapii i Rehabilitacji „Koniczynka”** mojego dziecka

.....

3. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że niniejszy projekt jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach realizacji zadania publicznego „Prowadzenia rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnych typach placówek”.

4. Zobowiązuję się do przedłożenia wszelkich informacji, dokumentów oraz oświadczeń niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu.

5. Przyjmuje do wiadomości, że złożenie Wniosku Zgłoszeniowego nie jest jednoznaczne z przyjęciem mnie do projektu.

6. Przyjmuje do wiadomości, że decyzja Komisji Rekrutacyjnej jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie.

V. OSWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

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.

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).

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

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.**

2. Moje dane będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi w/w projektu.

3. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu udzielenia wsparcia w ramach projektu, ewaluacji, monitoringu i sprawozdawczości projektu.

4. Podanie danych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

Szczecin, dnia r.
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy/ opiekuna)

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Od rehabilitacji do niezależności II” - prowadzenie kompleksowych działań dla osób niepełnosprawnych z woj. zachodniopomorskiego w Specjalistycznym Ośrodku Diagnostyki, Terapii i Rehabilitacji „Koniczynka”

Wypełnia beneficjent/ opiekun beneficjenta

Ja niżej podpisany/a

Zamieszkały/a

Deklaruję chęć udziału / mojego dziecka

w Projekcie pn. „Od rehabilitacji do niezależności II” - prowadzenie kompleksowych działań dla osób niepełnosprawnych z woj. zachodniopomorskiego w Specjalistycznym Ośrodku Diagnostyki, Terapii i Rehabilitacji „Koniczynka” w ramach zadań zleczanych PFRON na podstawie art.36 ustawy o rehabilitacji (...): zad.1 Prowadzenie rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnych typach placówek.

**Wnioskuje o zakwalifikowanie dziecka na następujące zajęcia: (zaznaczyć właściwe),
Zajęcia indywidualne:**

- Indywidualna konsultacja rehabilitacyjna z opracowaniem IPD – 2h,
- Terapia surdopedagogiczna – 26h
- Terapia tyflopedagogiczna – 26h
- Rehabilitacja wzroku – 26h
- Terapia pedagogiczna – 30h
- Terapia logopedyczna /neurologopedyczna - 25h
- Terapia ręki – 25h
- Terapia EEG Biofeedback -25h
- Terapia psychologiczna – 20h
- Indywidualna terapia ruchowa i neurorehabilitacja – 20h
- Orientacja przestrzenna – 20h
- Poradnictwo społeczno-rehabilitacyjne – 10h, w tym:
 - >rehabilitacyjne
 - > prawne
 - > psychologiczne
 - > okulistyczno-optyczne
 - > audioprotetyczne

Zajęcia grupowe

- Trening pamięci, koncentracji uwagi i uczenia się- 20h
- Terapia zajęciowa – 62,5h
- Trening umiejętności społecznych – 62,5h
- Zajęcia komputerowe -nowoczesne technologie w rehabilitacji - 30

Przyjmuję do wiadomości, że wybór zajęć nie jest jednoznaczny z zakwalifikowaniem do udziału w nich oraz że podstawą udziału w zajęciach jest informacja zawarta w opracowanym w ramach projektu INDYWIDUALNYM PLANIE DZIAŁANIA –KARTA INTERWENCJI.

Zobowiązuję się do brania udziału w zaproponowanych dla mnie w IPD formach wsparcia w ramach w/w Projektu.

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 pouczony/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. Zwiększanie samodzielności osób niepełnosprawnych”.**

Szczecin, dnia
(miejscowość i data)

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