

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

Nazwa zadania PFRON:

**Kierunek pomocy 1** : Wejście osób niepełnosprawnych na rynek pracy poprzez wykorzystanie metody zatrudnienia wspomaganego, konkurs „Szansa-Rozwój-Niezależność z dnia 24.09.2018 r.

**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

### "Dzienny Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych w Szczecinie Dąbii – wsparcie, aktywizacja, zatrudnienie"

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	

<b>12. Wykształcenie</b>	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne; <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe
<b>13. Zawód</b>	
<b>14. Status na rynku pracy</b>	rejestracja w PUP <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE uczestnictwo w WTZ <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>15. Zatrudnienie – dotyczy osób pracujących</b>	<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?**

.....

.....

.....

<b>III. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO DOKUMENTU</b>	
1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>
<b>IV. OŚWIADCZENIA</b>	
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 <b>" Dzienny Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych w Szczecinie Dąbiu – wsparcie, aktywizacja, zatrudnienie"</b>	

3. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że niniejszy projekt jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach realizacji zadania:

**Kierunek pomocy 1** : Wejście osób niepełnosprawnych na rynek pracy poprzez wykorzystanie metody zatrudnienia wspomaganego, konkurs „Szansa-Rozwój-Niezależność z dnia 24.09.2018 r

**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

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. Przyjmuję 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

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

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)

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

### " Dzienny Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych w Szczecinie Dąbiu – wsparcie, aktywizacja, zatrudnienie"

Wypełnia beneficjent

Ja niżej podpisany/a .....

Zamieszkały/a .....

Deklaruję chęć udziału w Projekcie pn. **"Dzienny Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych w Szczecinie Dąbiu – wsparcie, aktywizacja, zatrudnienie"** w ramach zadań zleczonych PFRON na podstawie art.36 ustawy o rehabilitacji (...):Wejście osób niepełnosprawnych na rynek pracy poprzez wykorzystanie metody zatrudnienia wspomaganego, konkurs „Szansa-Rozwój-Niezależność z dnia 24.09.2018 r

**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 (40h/os

---

**Zobowiązuję się również udzielić niezbędnych informacji o osiągniętych rezultatach na każdym etapie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu w szczególności w kwestii podjęcia zatrudnienia poprzez dostarczenie kserokopii umowy o pracę.**

**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 „Szansa-Rozwój-Niezależność z dnia 24.09.2018 r” , 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 poprzez wykorzystanie metody zatrudnienia wspomaganego, konkurs „Szansa-Rozwój-Niezależność z dnia 24.09.2018 r”.**

Szczecin, dnia .....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis UCZESTNIKA)

## 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](mailto: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)