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

Nazwa zadania PFRON:

zad.1 Prowadzenie rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnych typach placówek

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**„Pokonamy bariery - Od rehabilitacji do niezależności III” - kompleksowa rehabilitacja dla ON z woj. zachodniopomorskiego i lubuskiego w Ośrodku Diagnozy, Terapii i Rehabilitacji "Koniczynka" FPZ”.**

|  |
| --- |
| **I. DANE SKŁADAJACEGO WNIOSEK** |
| **1. Imię i nazwisko** |  |
| **5. Adres zamieszkania** |  |
| **6. Telefon kontaktowy** |  |
| **II. DANE DOTYCZACE UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| **1. Imię i nazwisko** |  |
| **2. Data i miejsce urodzenia** |  |
| **3. PESEL** |  |
| **4. Płeć** |  Kobieta Mężczyzna |
| **6. Adres zamieszkania** |  |
| **7. Województwo** |  |
| **8. Powiat** |  |
| **9. Obszar**  | *[ ] Wieś**[ ] miasto do 20 tys. mieszkańców**[ ] miasto 20-50 tys. mieszkańców**[ ] miasto 50-100 tys. Mieszańców**[ ] miasto powyżej 100 tys .mieszkańców* |
| **10. Telefon kontaktowy** **(OBOWIĄZKOWO)** |  |
| **11. Adres e-mail** |  |
| **12. Wykształcenie** | [ ] nie objęty edukacją; [ ] w trakcie nauki; [ ] podstawowe[ ] gimnazjalne; [ ] średnie [ ] pomaturalne[ ] wyższe[  |
| **13. Status na rynku pracy** | rejestracja w PUP [ ] TAK [ ] NIEuczestnictwo w WTZ [ ] TAK [ ] NIE |
| **14. Zatrudnienie** | [ ] nieaktywny zawodowo[ ] poszukujący pracy zatrudniony[ ] poszukujący pracy niezatrudniony [ ] bezrobotny [ ] zatrudniony w ZAZ [ ] zatrudniony w ZPCH[ ] zatrudniony na otwartym rynku pracy |
| **15. Rodzaj Niepełnosprawności – Symbol/ data ważności orzeczenia** |  |
| **16. Stopień niepełnosprawności** | [ ] orzeczenie o niepełnosprawności[ ] znaczny [ ] umiarkowany [ ] lekki |
| **17. Opis niepełnosprawności**(naruszenie jakich sprawności powoduje niepełnosprawność, jakie są jej następstwa w zakresie funkcjonowania - opis) |  |

1. 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 (z jakich terapii korzysta)?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **III. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO DOKUMENTU** |
| 1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności |  |
| 2.  |  |
| **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 poźn. zm./ oświadczam, że wszystkie dane zawarte we Wniosku Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą. |
| 2. Oświadczam(y), że wyrażam(y) zgodę na uczestnictwo w projekcie **„Pokonamy bariery - Od rehabilitacji do niezależności III” - kompleksowa rehabilitacja dla ON z woj. zachodniopomorskiego i lubuskiego w Ośrodku Diagnozy, Terapii i Rehabilitacji "Koniczynka" FPZ”** **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. Zobowiązuje 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. |
| ……………………………………………………(miejscowość i data) | …………………………………………………….…….(czytelny podpis wnioskodawcy) |
| **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 zlecania 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 …………………………….…………..(miejscowość i data) | ……………………………………………………….(czytelny podpis wnioskodawcy) |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**„Pokonamy bariery - Od rehabilitacji do niezależności III” - kompleksowa rehabilitacja dla ON z woj. zachodniopomorskiego i lubuskiego w Ośrodku Diagnozy, Terapii i Rehabilitacji "Koniczynka" FPZ”**

Wypełnia beneficjent/ opiekun beneficjenta

Ja niżej podpisany/a …………………………………………………………………………………………..……………………………

Numer Pesel …………………………………………………………………………………………..……………………………………….

Zamieszkały/a ……………………………………………………………………………….………………………………………………..

Deklaruję chęć udziału / mojego dziecka …………………………………………………………………………………..……………………………….

w Projekcie pn. **„Pokonamy bariery - Od rehabilitacji do niezależności III” - kompleksowa rehabilitacja dla ON z woj. zachodniopomorskiego i lubuskiego w Ośrodku Diagnozy, Terapii i Rehabilitacji "Koniczynka" FPZ” realizowanego w ramach zadań zlecanych PFRON**  na podstawie art.36 ustawy o rehabilitacji (…): zad.1 Prowadzenie rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnych typach placówek.

Zobowiązuję się do brania udziału w zaproponowanych dla mnie w IPD formach wsparcia w ramach Projektu: (zaznaczyć wnioskowane formy),

* Indywidualna konsultacja rehabilitacyjna (Opracowanie IPD),
* Terapia surdopedagogiczna
* Terapia tyflopedagogiczna
* Rehabilitacja wzroku
* Terapia pedagogiczna
* Terapia logopedyczna i neurologopedyczna
* Terapia ręki
* Terapia EEG Biofeedback
* Terapia psychologiczna - psychoterapia
* Orientacja przestrzenna i samodzielne, przemieszczanie się z użyciem białej laski
* Terapia zajęciowa i arteterapia (zajęcia grupowe)
* Trening umiejętności społecznych i interpersonalnych (zajęcia grupowe)
* Trening funkcjonowania codziennego – kulinarny i umiejętności praktycznych (zajęcia grupowe)
* Zajęcia komputerowe – specjalistyczne ( zajęcia grupowe)
* Poradnictwo społeczno-rehabilitacyjne (wsparcie pośrednie)
* Poradnictwo psychologiczne

Zobowiązuję się również udzielić niezbędnych informacji o osiąganych 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 XXIV;

- nie korzystam z podobnych form wsparcia w identycznym zakresie w ramach innych projektów współfinansowanych ze środków PFRON.

Szczecin, dnia ……………………….. …………………………………………….………………

 (miejscowość i data) (czytelny podpis uczestnika lub jego opiekuna)