

Załącznik do realizacji zadania w ramach art.16 ustawy z dnia 24.04.2003r o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie realizowanego za pośrednictwem Województwa Zachodniopomorskiego,

Rodzaj zadania nr 5. Organizowanie i prowadzenie zintegrowanych działań na rzecz włączenia 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

p.n. „ Zakład Integracji Społeczno-Zawodowej oknem na rynek pracy - wsparcie osób z niepełnosprawnościami w aktywizacji zawodowej, włączeniu i utrzymaniu na rynku pracy.”

OKRES REALIZACJI PROJEKTU 15.05.2022- 15.12.2022

| 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. Rodzaj Niepełnosprawności - Symbol | |
| 8. Stopień niepełnosprawności, termin ważności | [] znaczny [] umiarkowany [] lekki WAŻNE DO |
| 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"/> |
| 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 ja niżej podpisany wyrażam(y) zgodę na uczestnictwo w projekcie „ Zakład Integracji Społeczno-Zawodowej oknem na rynek pracy - wsparcie osób z niepełnosprawnościami w aktywizacji zawodowej, włączeniu i utrzymaniu na rynku pracy. ” | |
| 3. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że niniejszy projekt jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych za pośrednictwem Województwa Zachodniopomorskiego (Urząd Marszałkowski WZ) w ramach realizacji zadania publicznego Zad. 5. Organizowanie i prowadzenie zintegrowanych działań na rzecz włączenia 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. 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. | |
| 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 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 Województwo Zachodniopomorskie z siedzibą ul. Korsarzy 34 i 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, dnia2022 r. (miejscowość i data) | (czytelny podpis wnioskodawcy/ opiekuna) |

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Zakład Integracji Społeczno-Zawodowej oknem na rynek pracy - wsparcie osób z niepełnosprawnościami w aktywizacji zawodowej, włączeniu i utrzymaniu na rynku pracy.”

Wypełnia beneficjent

Ja niżej podpisany/a

Zamieszkały/a

Deklaruję chęć udziału w w/w Projekcie w ramach zadań zleczanych przez PFRON na podstawie ramach art.16 ustawy z dnia 24.04.2003r o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie realizowanego za pośrednictwem Województwa Zachodniopomorskiego

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

- 1. Indywidualny Plan Działania - 12h**
- 2. Indywidualne doradztwo zawodowe - 15h**
- 3. Indywidualna terapia psychologiczna – 15h**
- 4. Indywidualny coaching – 15h**
- 5. Warsztaty interpersonalne - 15h (5 spotkań x 3h)**
- 6. Warsztaty aktywizacji zawodowej i aktywnego poszukiwania pracy -15h (5 spotkań x 3h)**
- 7. Pośrednictwo pracy – wsparcie Trenera pracy - 8h**
- 8. Poradnictwo specjalistyczne podnoszące kompetencje cyfrowe i znajomość obsługi komputera – 20h**

Zobowiązuję się do potwierdzania realizowanych zajęć własnoręcznym podpisem.

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 ogłoszonego przez Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego , realizowanego ze środków PFRON 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. „Organizowanie i prowadzenie zintegrowanych działań na rzecz włączenia osób niepełnosprawnych w rynek pracy”**

Szczecin, dnia 2022 r.
(miejscowość i data)

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