

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 2: Prowadzenie grupowych i indywidualnych zajęć, które:

a) mają na celu nabywanie, rozwijanie i podtrzymywanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania osób niepełnosprawnych, b) rozwijają umiejętności sprawnego komunikowania się z otoczeniem osób z uszkodzeniami słuchu, mowy, z autyzmem i z niepełnosprawnością intelektualną, c) usprawniają i wspierają funkcjonowanie osób z autyzmem i z niepełnosprawnością intelektualną w różnych rolach społecznych i w różnych środowiskach

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

p.n. „INDYWIDUALNE I GRUPOWE ZAJĘCIA REHABILITACYJNO-TERAPEUTYCZNE DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W OŚRODKU „KONICZYNKĄ” FUNDACJI PROMOCJA ZDROWIA”

OKRES REALIZACJI PROJEKTU 15.05.2022- 15.12.2022

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. Adres zamieszkania	
5. Powiat	
6. Telefon kontaktowy (OBOWIĄZKOWO)	
7. Rodzaj Niepełnosprawności - Symbol	
8. Stopień niepełnosprawności, termin ważności	<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki  <b>WAŻNE DO .....</b>

<p><b>15. Opis niepełnosprawności</b></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--

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 ja niżej podpisany ..... wyrażam(y) zgodę na uczestnictwo w projekcie „INDYWIDUALNE I GRUPOWE ZAJĘCIA REHABILITACYJNO-TERAPEUTYCZNE DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W OŚRODKU „KONICZYŃKA” FUNDACJI PROMOCJA ZDROWIA” mojego dziecka .....	
3. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że niniejszy projekt jest współfinansowany ze <b>środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych za pośrednictwem Województwa Zachodniopomorskiego (Urząd Marszałkowski WZ)</b> w ramach realizacji zadania publicznego nr 2: „Prowadzenie grupowych i indywidualnych zajęć.... „	
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 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 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, dnia .....2022 r.  
(miejscowość i data)

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

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

### „INDYWIDUALNE I GRUPOWE ZAJĘCIA REHABILITACYJNO-TERAPEUTYCZNE DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W OŚRODKU „KONICZYŃKA” FUNDACJI PROMOCJA ZDROWIA”

Wypełnia beneficjent/ opiekun beneficjenta

Ja niżej podpisany/a .....

Zamieszkały/a .....

**Deklaruję chęć udziału / mojego dziecka .....**

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**

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

**INDYWIDUALNE ZAJĘCIA O CHARAKTERZE REHABILITACYJNO-TERAPEUTYCZNYM:**

- Spotkanie diagnostyczne** – opracowanie IPD – 1 godz.
- Terapię pedagogiczną, w tym tyflopedagogiczną i surdopedagogiczną** – 15 godz., w tym:
  - terapia tyflopedagogiczna - dzieci, młodzież i dorośli z dysfunkcją wzroku;
  - terapię surdopedagogiczną z wychowaniem słuchowym – dzieci, młodzież i dorośli z wadami słuchu i zaburzeniami mowy;
  - terapia pedagogiczna - dzieci niepełnosprawnych - poradnictwo i wspierania rozwoju dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym.
- Terapia logopedyczna i neurologopedyczna** – 15 godz.
- Terapia ręki z integracją odruchów z INPP dla dzieci młodszych** – 15 godz.
- Terapia ręki z wykorzystaniem narzędzia VR** – 15 godz.
- Neuroterapię/terapię EEG Biofeedback, trening f.poznawczych z wykorzystaniem VR**– 10 godz.
- Terapia ruchowa, gimnastyka korekcyjna i ogólnorozwojowa dla dzieci starszych i os. dorosłych**– 15 godz.
- Wsparcie psychologiczne/psychoterapia** – 6 godz.
- Zajęcia komputerowe specjalistyczne** - 15h
- Trening umiejętności społecznych dla dzieci z ZA**– 12h

---

**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 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. „Zwiększanie samodzielności osób niepełnosprawnych”.**

Szczecin, dnia ..... 2022 r.  
(miejscowość i data)

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