

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

„Mój asystent II - usługi asystenckie szansą na aktywność społeczną i niezależne życie.”

Imię i nazwisko osoby objętej wsparciem (wypełnić drukowanymi literami)	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Adres: (ulica, kod pocztowy)	
Województwo	ZACHODNIOPOMORSKIE
Powiat	
Obszar	☐ Wieś ☐ miasto do 20 tys. mieszkańców ☐ miasto 20-50 tys. mieszkańców ☐ miasto 50-100 tys. Mieszkańców ☐ miasto powyżej 100 tys. mieszkańców
Wykształcenie	☐ nie objęty edukacją; ☐ w trakcie nauki; ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne; ☐ średnie ☐ pomaturalne ☐ wyższe
Status na rynku pracy	rejestracja w PUP ☐ TAK ☐ NIE uczestnictwo w WTZ ☐ TAK ☐ NIE
Zatrudnienie:	☐ TAK ☐ NIE ☐ nieaktywny zawodowo ☐ poszukujący pracy zatrudniony ☐ poszukujący pracy niezatrudniony ☐ bezrobotny ☐ zatrudniony w ZAZ ☐ zatrudniony w ZPCH ☐ zatrudniony na otwartym rynku pracy
Rodzaj Niepełnosprawności – Symbol	
Orzeczenie ważne do:	☐ stałe ☐ ważne do
Stopień niepełnosprawności	☐ orzeczenie o niepełnosprawności do 16 r.ż. ☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki

Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Konkurs nr 1/2022 „Działamy razem”

- 1) Kierunek pomocy 2. ZWIĘKSZENIE SAMODZIELNOŚCI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
- 2) Typ projektu Wsparcie realizowane poza placówką (w szczególności: szkolenia, kursy, warsztaty, grupowe i indywidualne zajęcia, usługi wspierające)
- 3) Nazwa zadania: Zadanie 13. świadczenie usług wspierających, które mają na celu umożliwienie lub wspomaganie niezależnego życia osób niepełnosprawnych, w szczególności usług asystencji osobistej

E-mail:	
Telefon:	

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie „**Mój asystent II - usługi asystenckie szansą na aktywność społeczną i niezależne życie**” realizowanego przez Fundację Promocja Zdrowia w Szczecinie w terminie **01.04.2023 – 31.03.2024r.**

Zostałem poinformowany, że celem projektu jest **zwiększenie samodzielności i aktywności ON poprzez zapewnienie usług wspierających pod postacią asystencji osobistej mającej na celu umożliwienie i wspomaganie niezależnego życia społ. - zawodowego oraz zwiększenie aktywności społeczno-zawodowej osób z orzeczeniem o niepełnosprawności do 16 r.ż. oraz niepełnosprawnością znaczną i umiarkowaną z terenu woj. zachodniopomorskiego – projekt realizowany ze środków PFRON**

.....
Data i czytelny podpis BO

**Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Konkurs nr 1/2022 „Działamy razem”**

- 1) Kierunek pomocy 2. ZWIĘKSZENIE SAMODZIELNOŚCI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
- 2) Typ projektu Wsparcie realizowane poza placówką (w szczególności: szkolenia, kursy, warsztaty, grupowe i indywidualne zajęcia, usługi wspierające)
- 3) Nazwa zadania: Zadanie 13. świadczenie usług wspierających, które mają na celu umożliwienie lub wspomaganie niezależnego życia osób niepełnosprawnych, w szczególności usług asystencji osobistej

ZGODA 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.

.....
Data i czytelny podpis BO

ZGODA RODZICA/ OPIEKUNA*

Wyrażam zgodę na udział mojego syna/ mojej córki/ mojego podopiecznego* w projekcie pn. „**Mój asystent II - usługi asystenckie szansą na aktywność społeczną i niezależne życie**” oraz na przetwarzanie jego/jej danych osobowych na potrzeby projektu.

.....
Data i czytelny podpis BO

***Dotyczy osób z niepełnosprawnością poniżej 18 r.ż.**

**Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Konkurs nr 1/2022 „Działamy razem”**

1) Kierunek pomocy 2. ZWIĘKSZENIE SAMODZIELNOŚCI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

2) Typ projektu Wsparcie realizowane poza placówką (w szczególności: szkolenia, kursy, warsztaty, grupowe i indywidualne zajęcia, usługi wspierające)

3) Nazwa zadania: Zadanie 13. świadczenie usług wspierających, które mają na celu umożliwienie lub wspomaganie niezależnego życia osób niepełnosprawnych, w szczególności usług asystencji osobistej

WYWIAD DOTYCZĄCY POTRZEB ASYSTENCKICH BENEFICJENTA
Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:
Informacje na temat sytuacji bytowej tzn. mieszka samodzielnie, z rodziną,
Informacje na temat wnioskowanego zakresu usług asystenta osobistego:

Oświadczam, że:

- zostałem pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,
- zostałem poinformowany o współfinansowaniu Projektu przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON),
- nie korzystam z podobnych form wsparcia w identycznym zakresie w ramach innych projektów współfinansowanych przez PFRON.
- Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami”.

.....
data i czytelny podpis BO

.....
Podpis koordynatora Projektu

**Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Konkurs nr 1/2022 „Działamy razem”**

- 1) Kierunek pomocy 2. ZWIĘKSZENIE SAMODZIELNOŚCI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
- 2) Typ projektu Wsparcie realizowane poza placówką (w szczególności: szkolenia, kursy, warsztaty, grupowe i indywidualne zajęcia, usługi wspierające)
- 3) Nazwa zadania: Zadanie 13. świadczenie usług wspierających, które mają na celu umożliwienie lub wspomaganie niezależnego życia osób niepełnosprawnych, w szczególności usług asystencji osobistej