Fundacja Promocja Zdrowia
Specjalistyczny Ośrodek Diagnozy Terapii i Rehabilitacji „Koniczynka'
Al. Boh. Warszawy 27, 70-340 Szczecin
NIP: 851 31 36 341, REGON 320931914
KRS; 0000370165

D-32

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH

Ja …….……..
(imię nazwisko uczestnika/ rodzica/opiekuna uczestnika).
Oświadczam, że będę brał udział* moje dziecko/podopieczny …….
będzie brało udział w projekcie ***„Możemy więcej - kompleksowa rehabilitacja OzN z woj. zachodniopomorskiego i lubuskiego w Specjalistycznym Ośrodku Diagnozy, Terapii i Rehabilitacji "Koniczynka" Fundacji Promocja Zdrowia"*** współfinansowanym ze środków PFRON realizowanym w ramach konkursu pn. (konkurs o zlecenie realizacji zadań w formie wsparcia nr 1/2023) ogłoszonego na podstawie art. 11 i art. 13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, w związku z art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych przez Fundację Promocja Zdrowia z siedzibą w Szczecinie 70-340, al. Bohaterów Warszawy 27 w ramach którego otrzyma następujące wsparcie:
***proszę zaznaczyć formy, na które dziecko rzeczywiści będzie chodziło**

WSTAW X	**Rodzaj wsparcia/ terapii ***	**Imię i nazwisko prowadzącego**
	Indywidualną konsultacja rehabilitacyjna (Opracowanie IPD)	
	Terapia polisensoryczna (dzieci z niepełnospr. sprzężoną	
	Terapia surdopedagogiczna	
	Terapia tyflopedagogiczna	
	Rehabilitacja wzroku	
	Terapia zajęciowa	
	Terapia logopedyczna i neurologopedyczna	
	Terapia ręki i motoryki małej	
	Fizjoterapia z kinezyterapią	
	Terapia EEG Biofeedback	
	Terapia psychologiczna - psychoterapia	
	Orientacja przestrzenna i samodzielne, przemieszczanie się z użyciem białej laski	
	Trening funkcjonowania codziennego – kulinarny i umiejętności praktycznych	
	Zajęcia komputerowe – specjalistyczne	
	Terapia zajęciowa i arteterapia (zajęcia grupowe)	
	Trening umiejętności społecznych i interpersonalnych (zajęcia grupowe)	
	Poradnictwo społeczno-rehabilitacyjne (wsparcie pośrednie) – wg potrzeb	
	Poradnictwo psychologiczne – wg potrzeb	

Oświadczam, że moje dziecko nie korzysta z wymienionych form wsparcia w ramach innych projektów realizowanych przez inne ośrodki terapii ze środków finansowanych ze środków PFRON.

……..
(data i podpis uczestnika/ rodzica/opiekuna uczestnika

Fundacja Promocja Zdrowia
Specjalistyczny Ośrodek Diagnozy Terapii i Rehabilitacji „Koniczynka'
Al. Boh. Warszawy 27, 70-340 Szczecin
NIP: 851 31 36 341, REGON 320931914
KRS; 0000370165

D-34

Szczecin ……

DANE OSOBOWE UCZESTNIKA ZAJĘĆ

w Projekcie pn. „Możemy więcej - kompleksowa rehabilitacja OzN z woj. zachodniopomorskiego i lubuskiego w Specjalistycznym Ośrodku Diagnozy, Terapii i Rehabilitacji "Koniczynka" Fundacji Promocja Zdrowia". realizowanego w ramach zadań zlecanych PFRON na podstawie art.36 ustawy o rehabilitacji (…): zad.1 Prowadzenie rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnych typach placówek.

1. Imię i nazwisko			
2. Data i miejsce urodzenia			
3. PESEL			
4. Adres zamieszkania			
5. Województwo	*[ ] zachodniopomorskie* *[ ] lubuskie*		
6. Powiat			
7. Obszar	*[ ] Wieś* *[ ] miasto do 20 tys. mieszkańców* *[ ] miasto 20-50 tys. mieszkańców* *[ ] miasto 50-100 tys. Mieszańców* *[ ] miasto powyżej 100 tys .mieszkańców*		
8. Telefon kontaktowy			
9. Adres e-mail			
10. Wykształcenie	[ ] nie objęty edukacją; [ ] w trakcie nauki; [ ] podstawowe [ ] gimnazjalne; [ ] średnie [ ] pomaturalne		
11. Status na rynku pracy	rejestracja w PUP [ ] TAK [ ] NIE uczestnictwo w WTZ [ ] TAK [ ] NIE		
12. Zatrudnienie	[ ] nieaktywny zawodowo [ ] poszukujący pracy zatrudniony [ ] poszukujący pracy niezatrudniony [ ] bezrobotny [ ] zatrudniony w ZAZ [ ] zatrudniony w ZPCH [ ] zatrudniony na otwartym rynku pracy		
13. Rodzaj Niepełnosprawności		**Symbol**	**data ważności orzeczenia**
14. Stopień niepełnosprawności	[ ] orzeczenie o niepełnosprawności [ ] znaczny [ ] umiarkowany [ ] lekki		

17. Opis niepełnosprawności (***naruszenie jakich sprawności powoduje niepełnosprawność, jakie są jej następstwa w zakresie funkcjonowania - opis***) *Opis ma wpływ na kwalifikację do udziału w rehabilitacji kompleksowej*	…… …… …… …… …… …… …… ……

DEKLARACJE UCZESTNIKA/ RODZICÓW/OPIEKUNÓW

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 1/2023;

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

……

(data i podpis uczestnika/ rodzica/opiekuna uczestnika

Fundacja Promocja Zdrowia Specjalistyczny Ośrodek Diagnozy Terapii i Rehabilitacji „Koniczynka”
Al. Boh. Warszawy 27, 70-340 Szczecin
NIP: 851 31 36 341, REGON 320931914; KRS; 0000370165

D-35

Szczecin ……

DIAGNOZA UCZESTNIKA ZAJĘĆ

w Projekcie pn. **„Możemy więcej - kompleksowa rehabilitacja OzN z woj. zachodniopomorskiego i lubuskiego w Specjalistycznym Ośrodku Diagnozy, Terapii i Rehabilitacji "Koniczynka" Fundacji Promocja Zdrowia”. realizowanego w ramach zadań zlecanych PFRON** na podstawie art.36 ustawy o rehabilitacji (…): zad.1 Prowadzenie rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnych typach placówek.

Imię i nazwisko uczestnika ……..……Data urodzenia ……..……

Diagnoza medyczna ……

Diagnoza psychologiczno-pedagogiczna ……

Rodzaj badania	tak	nie	Jeśli „tak”, to kiedy (rok)	Oczekiwanie na wynik	Wynik prawidłowy/ nieprawidłowy	Opis badania
Badanie wzroku						
Badanie słuchu						
EEG						
Tomografia komputerowa						
Rezonans magnetyczny						
Badania genetyczne						
Inne (jakie?)						

……..

(data i podpis uczestnika/ rodzica/opiekuna uczestnika

Fundacja Promocja Zdrowia
Specjalistyczny Ośrodek Diagnozy Terapii i Rehabilitacji „Koniczynka'
Al. Boh. Warszawy 27, 70-340 Szczecin
NIP: 851 31 36 341, REGON 320931914
KRS; 0000370165

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU/

RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO MAŁOLETNIEGO UCZESTNIKA PROJEKTU

O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany …….

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust 2 lit. h RODO1 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie wskazanym w Deklaracji uczestnictwa w Projekcie, Dane osobowe/ Dane osobowe dziecka, deklaracja rodzica, Diagnoza medyczna i innych załącznikach oraz innych danych szczególnych kategorii (również tych powstających w trakcie trwania realizacji Projektu) dotyczących m.in. stanu zdrowia mojego/ mojego dziecka przez Fundację Promocja Zdrowia z siedzibą w Szczecinie (70-340) przy al. Bohaterów Warszawy 27, oraz przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13 w celach realizacji projektu „**Możemy więcej - kompleksowa rehabilitacja OzN z woj. zachodniopomorskiego i lubuskiego w Specjalistycznym Ośrodku Diagnozy, Terapii i Rehabilitacji "Koniczynka" Fundacji Promocja Zdrowia”** ”. Projekt realizowany jest w następstwie przeprowadzonego konkursu nr 1/2023. pn. „Możemy więcej” (konkurs o zlecenie realizacji zadań w formie wsparcia nr 1/2023) na podstawie art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem się z obowiązkami informacyjnymi w okresie finansowania od 01.04.2024r. do 31.03.2027r.

……

imię i nazwisko dziecka Uczestnika Projektu

…….

(data i podpis Rodzica/Opiekuna Prawnego Uczestnika Projektu