

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Mój asystent IV – usługi asystenckie szansą na aktywność społeczną i niezależne życie

Kierunek pomocy 2: zwiększenie samodzielności osób z niepełnosprawnościami | Typ projektu 4: Wsparcie realizowane poza placówką (w szczególności: szkolenia, kursy, warsztaty, grupowe i indywidualne zajęcia, usługi wspierające) | Nazwa zadania – Zadanie 13 (§ 1 pkt 13 rozporządzenia), pn. Świadczenie usług wspierających, które mają na celu umożliwienie lub wspomaganie niezależnego życia osób niepełnosprawnych, w szczególności usług asystencji osobistej

Imię i nazwisko osoby objętej wsparciem: (wypełnić drukowanymi literami)	
Data i miejsce urodzenia:	
PESEL:	
Adres: (ulica, miejscowość, kod poczt.):	
Województwo:	
Powiat:	
Obszar:	<input type="checkbox"/> wieś <input type="checkbox"/> miasto do 20 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto 20-50 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto 50-100 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto powyżej 100 tys. mieszkańców
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> nie objęty edukacją; <input type="checkbox"/> w trakcie nauki; <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne; <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe
Status na rynku pracy:	rejestracja w PUP: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE uczestnictwo w WTZ: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE uczestnictwo w ŚDS: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zatrudnienie:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY ----- <input type="checkbox"/> nieaktywny zawodowo <input type="checkbox"/> poszukujący pracy <input type="checkbox"/> zatrudniony <input type="checkbox"/> niezatrudniony <input type="checkbox"/> bezrobotny ----- <input type="checkbox"/> zatrudniony w <input type="checkbox"/> ZAZ <input type="checkbox"/> ZPCH <input type="checkbox"/> zatrudniony na otwartym rynku pracy

Rodzaj niepełnosprawności, symbol:	
Orzeczenie ważne do:	<input type="checkbox"/> na stałe <input type="checkbox"/> ważne do
Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności do 16 r.ż. ----- <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki
E-mail:	
Telefon:	

Deklaruję chęć w projekcie „Mój asystent IV – usługi asystenckie szansą na aktywność społeczną i niezależne życie” realizowanego przez Fundację Promocja Zdrowia w Szczecinie w terminie 01.01.2026 – 30.03.2027r.

Zostałam / zostałem poinformowany, że:

- Celem projektu jest zwiększenie samodzielności i aktywności OzN poprzez zapewnienie usług wspierających w zakresie asystencji osobistej mającej na celu umożliwienie i wspomaganie niezależnego życia społ.-zawodowego oraz zwiększenie aktywności społeczno-zawodowej 40 osób z orzeczeniem o niepełnosprawności do 16 r.ż. oraz niepełnosprawnością znaczną i umiarkowaną z terenu woj. zachodniopomorskiego, lubuskiego, wielkopolskiego, kujawsko-pomorskiego;**
- Zostałem poinformowany o współfinansowaniu Projektu przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON),**
- W ramach projektu nie będą prowadzone usługi opiekuńcze i pielęgniarские.**
- Nie korzystam z podobnych form wsparcia w identycznym zakresie w ramach innych projektów współfinansowanych przez PFRON. Beneficjent ostateczny może w tym samym czasie brać udział w kilku równocześnie realizowanych projektach, o ile w każdym projekcie osiągnie inne efekty. „Projekty realizowane równocześnie” oznacza sytuację, w której terminy realizacji poszczególnych projektów pokrywają się w zakresie co najmniej 1 dnia kalendarzowego. (oświadczenie w dniu przystępowania do projektu)**
- Zostałem poinformowany o odpłatności uczestnika w kwocie 300 zł/ rok, co stanowi wkład własny do projektu.**

Oświadczenie beneficjenta:

Oświadczam, że na dzień przystąpienia do projektu spełniam wymagane kryteria formalne:

- Jestem mieszkańcem województwa objętego działaniem projektu
- Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności do 16 r.ż. z obowiązującym pkt 7 i 8, orzeczenie;
- Posiadam orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne)
- Mam długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, psychiczną, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co utrudniać w sposób istotny udział w życiu społecznym, na zasadach równości z innymi osobami.

Oświadczam, że na dzień przystąpienia do Projektu spełniam kryteria premiowane:

- Jestem osobą z niepełnosprawnością zamieszkałą w mniejszej miejscowości,
- Jestem osobą samodzielnie prowadząca gospodarstwo domowe,
- Jestem osobą samotnie zamieszkującą,
- Jestem osobą objętą edukacją i terapią (dot. dzieci i młodzież), wymagającą wsparcia w dotarciu do placówek,
- Jestem osobą pracującą,

.....
Data i czytelny podpis BO

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 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 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.

Ja niżej podpisany/a

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach wskazanych w punktach powyżej

.....
Data i czytelny podpis BO

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

Miejscowość, data

.....
Data i czytelny podpis BO

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

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU BO / WIZERUNKU DZIECKA

Utrwalanego podczas dokumentowania realizacji usług finansowanych ze środków PFRON

Ja niżej podpisany/a

Niniejszym oświadczam, że na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy z 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j Dz. U. z 2019 r., poz. 1231) wyrażam zgodę na rejestrowanie mojego wizerunku / wizerunku mojego dziecka

podczas prowadzonych w ramach projektu usług asystencji osobistej oraz wykorzystanie tego wizerunku poprzez umieszczanie zdjęć na stronach internetowych, a także na profilach społecznościowych w celach informacji i promocji działań realizowanych przez Fundację Promocja Zdrowia.

Miejscowość, data

.....
Data i czytelny podpis BO

WSKAZANIE ASYSTENTA

realizującego wsparcie asystenckie w ramach projektu „Mój asystent IV – usługi asystenckie szansą na aktywność społeczną i niezależne życie”

Ja, niżej podpisany/a wskazuję na swojego asystenta świadczącego usługi w ramach realizującego wsparcie asystenckie w ramach projektu „**Mój asystent IV – usługi asystenckie szansą na aktywność społeczną i niezależne życie**” Panią/Pana:

Imię i nazwisko asystenta:

Adres:

Telefon:

Ponadto oświadczam, że:

1. Wskazana przeze mnie osoba **nie jest członkiem mojej rodziny (1), opiekunem prawnym ani osobą faktycznie ze mną zamieszkującą.**
2. Wskazana przeze mnie osoba **posiada odpowiednią wiedzę i doświadczenie oraz gwarantuje należyte wykonanie tej funkcji.**
3. Wskazana przeze mnie osoba **nie jest uczestnikiem programów Ministra finansowanych ze środków z Funduszu Solidarnościowego dotyczących usług asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej, ani opiekunem prawnym uczestnika Programu.**
4. Wskazana przeze mnie osoba **nie jest uczestnikiem programów PFRON dotyczących usług asystencji osobistej ani opiekunem prawnym uczestnika Projektu**
5. Wyrażam zgodę na dokonywanie przez realizatora Zadania PFRON doraźnych kontroli i monitorowania świadczonych usług asystenckich poprzez komunikatory audio-video.
6. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia(2) .

Miejscowość, data

.....
(czytelny podpis uczestnika Programu / opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE ASYSTENTA

Deklaruję gotowość do świadczenia usług asystenckich wobec wyżej wskazanej osoby niepełnosprawnej:

.....

(data i czytelny podpis Asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej)

1) Na potrzeby realizacji Programu PFRON za członków rodziny uznać należy rodziców i dzieci, rodzeństwo, wnuki, dziadków, teściów macochę, ojczyma oraz inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem Programu.

2) art. 233 § 1 Kodeksu Karnego – „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

WYWIAD DOTYCZĄCY POTRZEB ASYSTENCKICH BENEFICJENTA

Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie samodzielności, przemieszczania się, komunikowania się lub poruszania się poza miejscem zamieszkania:

.....

.....

.....

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,
- Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami”.

.....
data i czytelny podpis BO