

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „OŚRODEK ASYSTENTURY SPOŁECZNEJ”

I. DANE SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK – OPIEKUN FAKTYCZNY	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	
II. DANE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA PROJEKTU	
Imię i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
Adres zamieszkania	 (Ulica, nr. domu, lokalu) (Kod pocztowy, miejscowość) (e-mail, nr telefonu)
Powiat	
Obszar	☐ Wieś ☐ Miasto do 20 tys. mieszkańców ☐ Miasto 20 tys. – 50 tys. mieszkańców ☐ Miasto 50 tys. – 100 tys. mieszkańców ☐ Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców
Telefon kontaktowy:	
Wykształcenie	☐ Przed obowiązkiem szkolnym ☐ Zajęcia rewalidacyjne ☐ Niepełne podstawowe ☐ Podstawowe ☐ Gimnazjalne ☐ Zawodowe ☐ Średnie ☐ Policealne ☐ Wyższe
Uczestnictwo w WTZ	☐ Nie był w WTZ ☐ Uczestnik WTZ ☐ Absolwent WTZ

Rejestracja w PUP	☐ Niezarejestrowany w PUP ☐ Zarejestrowany w PUP
Zatrudnienie	☐ Nieaktywny zawodowo ☐ Poszukujący pracy niezatrudniony ☐ Poszukujący pracy zatrudniony ☐ Bezrobotny ☐ Zatrudniony w ZAZ ☐ Zatrudniony w ZPCH ☐ Zatrudniony na otwartym rynku pracy ☐ Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności	☐ Autyzm ☐ Choroby psychiczne ☐ Narząd ruchu ☐ Narząd słuchu ☐ Narząd wzroku ☐ Niepełnosprawność sprzężona ☐ Ogólny stan zdrowia ☐ Upośledzenie umysłowe ☐ Inne przyczyny
Kod(y) niepełnosprawności	
Stopień niepełnosprawności	☐ Lekki ☐ Umiarkowany ☐ Znaczny ☐ Orzeczenie o niepełnosprawności
Opis niepełnosprawności	
III. UDZIAŁ W INNYCH PROJEKTACH FINANSOWANYCH PRZEZ PFRON	
☐ TAK ☐ NIE <u>Jeśli tak to w jakich – podaj nazwę i CEL projektu:</u> Nazwa: Cel programowy:	
Jaki rodzaj wsparcia otrzymuje beneficjent w ramach projektu w którym uczestniczy poza Fundacją Leśne Zacisze ?	

IV. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

[]

2.

[]

V. OŚWIADCZENIA

1. Świadomy(a) odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny / Dz. U. z 2019, poz. 1950, 2128 z późn. Zm./ oświadczam, że wszystkie dane zawarte we Wniosku Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

2. Oświadczam(y), że wyrażam(y) zgodę na udział w projekcie* / ~~udział w projekcie mojego dziecka*~~ „OŚRODEK ASYSTENTURY SPOŁECZNEJ”

(imię i nazwisko uczestnika projektu)

3. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że niniejszy projekt jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach realizacji zadania publicznego : Zadanie 13) świadczenie usług wspierających, które mają na celu umożliwienie lub wspomaganie niezależnego życia osób niepełnosprawnych, w szczególności usług asystencji osobistej.

4. Zobowiązuję się do przedłożenia wszelkich informacji, dokumentów oraz oświadczeń niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu.

5. Przyjmuję 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 do niej odwołanie.

7. Zapoznałem(am) się i akceptuję regulamin projektu. Zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za usługę asystencką w ramach projektu, w zależności od ilości zrealizowanych godzin usług asystenta w danym miesiącu w wysokości - **2 zł za 1 godz.;**

Płatności należy dokonać przelewem na konto Fundacji „Leśne Zacisze” Schronisko dla osób bezdomnych w terminie 7 dni od daty otrzymania faktury.

VI. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że:

- Przekazane dane osobowe przetwarzane są na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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) oraz ustawy z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).
- Administratorem danych osobowych jest Fundacja „Leśne Zacisze” Schronisko dla osób bezdomnych Sokołowy Kąt 1 09-135 Siemiątkowo oraz Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II w Warszawie.
- Przekazane dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. projektu w celu udzielenia wsparcia i obsługi projektu.
- Posiadam prawo: do dostępu do treści danych osobowych moich / ~~mojego dziecka*~~; sprostowania danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, przenoszenia danych, informacji o naruszeniach danych osobowych.
- W sytuacji uznania, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przekazanych danych osobowych.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

**VII DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE pn.:
„OŚRODEK ASYSTENTURY SPOŁECZNEJ ”**

1. Deklaruję udział* /~~udział mojego dziecka*~~ w projekcie pn. „OŚRODEK ASYSTENTURY SPOŁECZNEJ ” w ramach zadań zleczanych PFRON na podstawie art. 36 ustawy o rehabilitacji (...): Zadanie 13) świadczenie usług wspierających, które mają na celu umożliwienie lub wspomaganie niezależnego życia osób niepełnosprawnych, w szczególności usług asystencji.
2. Zobowiązuję się do czynnego udziału w niżej wymienionych formach wsparcia w ramach projektu - **OŚRODEK ASYSTENTURY SPOŁECZNEJ** , wg poniższego zapotrzebowania na usługi asystenckie:

Miejsca realizacji usługi:

.....
.....

Ile godzin wsparcia AOON miesięcznie będzie Panu(i) potrzebne?.....

3. Zobowiązuję się również udzielić niezbędnych informacji o osiągniętych rezultatach na każdym etapie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.
4. Oświadczam, że nie korzystam z podobnych form wsparcia w identycznym zakresie w ramach innych projektów współfinansowanych ze środków PFRON.
5. Wyrażam zgodę na umieszczenie danych osobowych moich/mojego dziecka*:

.....

(imię i nazwisko uczestnika projektu)

na liście obecności zbiorczej prowadzonej przez w ramach realizacji projektu „OŚRODEK ASYSTENTURY SPOŁECZNEJ ”.

6. Wyrażam zgodę na nieodpłatne przetwarzanie i utrwalanie wizerunku mojego* / ~~mojego dziecka*~~ przez Fundacja „Leśne Zacisze ” Schronisko dla osób bezdomnych Sokołowy Kąt 1 09-135 Siemiątkowo w celu realizacji projektu : „OŚRODEK ASYSTENTURY SPOŁECZNEJ ” w zakresie promowania działań Fundacji na stronie internetowej oraz facebookowej, na ulotkach, plakatach, tablicach ogłoszeniowych oraz w celu monitorowania i realizacji projektu.

.....
(CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU/OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU)

* Niepotrzebne skreślić