

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

"Mój Asystent III – usługi asystenckie szansą na aktywność społeczną i niezależne życie"

Kierunek pomocy 2 : Zwiększanie samodzielności osób niepełnosprawnych

Imię i nazwisko osoby objętej wsparciem (wypełnić drukowanymi literami)	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Adres: (ulica, kod pocztowy)
Województwo	ZACHODNIOPOMORSKIE
Powiat
Obszar	<input type="checkbox"/> <i>Wieś</i> <input type="checkbox"/> <i>miasto do 20 tys. mieszkańców</i> <input type="checkbox"/> <i>miasto 20-50 tys. mieszkańców</i> <input type="checkbox"/> <i>miasto 50-100 tys. Mieszkańców</i> <input type="checkbox"/> <i>miasto powyżej 100 tys. mieszkańców</i>
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
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"/> stałe <input type="checkbox"/> ważne do

Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
Konkurs nr 1/2023 „Możemy więcej”

- 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

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:	

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie „**Mój asystent III - usługi asystenckie szansą na aktywność społeczną i niezależne życie**” realizowanego przez Fundację Promocja Zdrowia w Szczecinie w terminie **01.04.2024 – 31.03.2025r.**

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 1/2023 „Możemy więcej”**

- 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 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.

.....
Data i czytelny podpis BO

ZGODA RODZICA/ OPIEKUNA*

Wyrażam zgodę na udział mojego syna/ mojej córki/ mojego podopiecznego* w projekcie pn. „**Mój asystent III - 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 1/2023 „Możemy więcej”**

- 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 pouczone 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 1/2023 „Możemy więcej”**

- 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