



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
„WSPIERAJĄCE USŁUGI ASYSTENCJI OSOBISTEJ-edycja 2024”**

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



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



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* „WSPIERAJĄCE USŁUGI ASYSTENCJI OSOBISTEJ- edycja 2024”

(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 „Prowadzenie rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnych typach placówek”

4. Zobowiązuje 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 - **5 zł za 1 godz.;**

Płatności należy dokonać przelewem na konto Fundacji Nasza Bajka 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:

1. 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).
2. Administratorem danych osobowych jest Fundacja Nasza Bajka ul. Zielona 5, 05-270 Marki, , adres do korespondencji: Fundacja Nasza Bajka ul. Sosnowa 4, 05-270 Marki oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II w Warszawie.
3. Przekazane dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. projektu w celu udzielenia wsparcia i obsługi projektu.
4. 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.
5. 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.:
„WSPIERAJĄCE USŁUGI ASYSTENCJI OSOBISTEJ- edycja 2024”**

1. Deklaruję udział* /udział mojego dziecka* w projekcie pn. „**WSPIERAJĄCE USŁUGI ASYSTENCJI OSOBISTEJ- edycja 2024**” w ramach zadań zleczanych PFRON na podstawie art. 36 ustawy o rehabilitacji (...): zad. 1 prowadzenie rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnych typach placówek.
2. Zobowiązuję się do czynnego udziału w niżej wymienionych formach wsparcia w ramach projektu - **Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej**, wg poniższego zapotrzebowania na usługi asystenckie:

Miejsce / a realizacji usługi:

Ile godzin wsparcia AONON 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 Fundację Nasza Bajka ul. Zielona 5, 05-270 Marki w ramach realizacji projektu „**WSPIERAJĄCE USŁUGI ASYSTENCJI OSOBISTEJ- edycja 2024**”.
6. Wyrażam zgodę na nieodpłatne przetwarzanie i utrwalanie wizerunku mojego* / mojego dziecka* przez Fundację Nasza Bajka ul. Zielona 5, 05-270 Marki, w celu realizacji projektu „**WSPIERAJĄCE USŁUGI ASYSTENCJI OSOBISTEJ-edycja 2024**” 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