

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Projekt: **KIERUNEK AKTYWNOŚĆ 2022**
Wsparcie osób niepełnosprawnych w obszarze samokontroli cukrzycy typu 1

Dane podstawowe UCZESTNIKA PROJEKTU
(prosimy o czytelne wypełnienie wszystkich rubryk **drukowanymi literami**)

| | |
|-----------------------------------|---|
| Nazwisko | Imię (imiona) |
| Data urodzenia | PESEL |
| Telefon kontaktowy i adres e-mail | Wiek (w chwili przystąpienia do projektu) |

Adres zamieszkania

| | |
|--|---|
| Miejscowość | Kod ___ - ____ |
| Ulica | Nr domu/nr lokalu |
| Województwo | Powiat |
| Zamieszkanie <input type="checkbox"/> Miasto 20-50 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> Miasto 50-100 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> Miasto do 20 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> Obszary wiejskie | Będę korzystał ze wsparcia na terenie województwa: <input type="checkbox"/> mazowieckiego <input type="checkbox"/> inne (jakie?) <input type="checkbox"/> podlaskiego <input type="checkbox"/> pomorskiego <input type="checkbox"/> wielkopolskiego |

1. Zdiagnozowana cukrzyca typu 1

Tak Nie

2. Stopień niepełnosprawności

Znaczny
 Umiarkowany
 Lekki

Orzeczenie ważne w terminie oddo

3. Rejestracja w PUP (Powiatowy Urząd Pracy)

Zarejestrowany Niezarejestrowany

4. Rodzaj zatrudnienia

Nieaktywni zawodowo Poszukujący pracy niezatrudnieni Bezrobotni
 Poszukujący pracy zatrudnieni Zatrudnienie w ZAZ Zatrudnieni w ZPCH
 Zatrudnieni na otwartym rynku pracy Nie dotyczy

5. Udział w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON w okresie 01.04.2022r. do 31.03.2023r.

(UWAGA: nie dotyczy dofinansowań do turnusów rehabilitacyjnych)

- Nie biorę udziału w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON
- Biorę udział w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON
- Brałam/em udział w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON

.....

.....

(proszę wymienić tytuł projektu, okres realizacji, numer konkursu i cel programowy, Wnioskodawcę)

6. Dochód na rodzinę przekracza 150% najniższego wynagrodzenia

- Tak
- Nie

7. Uczestnictwo w WTZ (Warsztaty Terapii Zajęciowej)

- Absolwent
- Uczestnik
- Nie bierze udziału

8. Wykształcenie

- Przed obowiązkiem szkolnym
- Zajęcia rewalidacyjne
- Niepełne podstawowe
- Podstawowe
- Gimnazjalne
- Zawodowe
- Średnie
- Policealne
- Wyższe

9. Ew. inne uwagi:

.....
.....

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. Projekcie, wszystkie wyżej podane dane są zgodne z prawdą i zostałam/zostałem pouczone/pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie i w pełni akceptuję zapisy w nim zawarte.

Wyrażam zgodę na nieodwołalne i nieodpłatne prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z wizerunkiem moim, jako uczestnika Projektu, przez Fundację dla Dzieci z Cukrzycą oraz PFRON bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium, wyłącznie w celu informacji i promocji działań związanych z realizacją Projektu.

.....
(Data, czytelny Podpis Uczestnika/czki Projektu)

Dane osobowe są objęte ochroną prawną zgodnie z Rozporządzeniem 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), w skrócie RODO. Administratorem danych osobowych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) oraz Fundacja dla Dzieci z Cukrzycą z siedzibą w Warszawie, ul. Szpitalna 5/16, 00-031 Warszawa. Mam prawo w dowolnym momencie na wycofanie wyrażonej zgody kontaktując się z Administratorem pod wskazanym adresem lub z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@fundacja-cukrzyca.pl. Przysługuje mi również prawo do żądania od Administratora dostępu, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych moich i mojego podopiecznego oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. W razie uchybień w przetwarzaniu danych osobowych mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

KIERUNEK AKTYWNOŚĆ 2022. Wsparcie osób niepełnosprawnych w obszarze samokontroli cukrzycy typu 1.

Ja, niżej podpisany(a).....
(imię i nazwisko beneficjenta)

nr PESEL:.....

Zamieszkały(a).....
(adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod)

nr PESEL:.....

Telefon kontaktowy:..... e-mail:

- ✓ dobrowolnie deklaruję swój udział we wszystkich zaproponowanych mi formach wsparcia, odbywających się w ramach Projektu realizowanego przy wsparciu finansowym ze środków PFRON,
- ✓ oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniających do udziału w Projekcie,
- ✓ zobowiązuje się do powiadomienia Fundacji dla Dzieci z Cukrzycą z odpowiednim wyprzedzeniem o konieczności zrezygnowania z udziału w Projekcie,
- ✓ oświadczam, że w raz z niniejszą deklaracją **załączyłem/lam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności,**
- ✓ oświadczam, że nie jestem objęty/a i w okresie od 01.04.2022r. do 31.03.2023r. nie będę się ubiegać o objęcie wsparciem w formie rehabilitacji w ramach innych projektów dofinansowanych przez PFRON (UWAGA: nie dotyczy dofinansowań do turnusów rehabilitacyjnych)
- ✓ wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych na potrzeby niniejszego projektu,
- ✓ zostałem(am) poinformowany(a) iż uczestniczę w projekcie zrealizowanym przy wsparciu finansowym ze środków PFRON,
- ✓ oświadczam, że zostałem poinformowany o monitoringu przebiegu realizacji projektu przez Fundację dla Dzieci z Cukrzycą oraz PFRON,
- ✓ oświadczam, że informacje zawarte w deklaracji uczestnictwa w projekcie są zgodne z prawdą i z dokumentacją dostępną w Biurze Projektu Fundacji dla Dzieci z Cukrzycą mieszczącego się na ulicy Szpitalnej 5/16 w Warszawie,
- ✓ jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
data i podpis Uczestnika/czki Projektu