

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

Projekt: **KIERUNEK AKTYWNOŚĆ 2023**

### Dane podstawowe UCZESTNIKA PROJEKTU

(prosimy o czytelne wypełnienie wszystkich rubryk **drukowanymi literami**)

*\*dane dziecka chorego na CT1*

Nazwisko	Imię (imiona)
Data urodzenia	PESEL
Telefon kontaktowy i adres e-mail OPIEKUNA	Wiek (w dniu 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

- Orzeczenie o niepełnosprawności (do 16-ego roku życia)  
 Lekki  
 Umiarkowany  
 Znaczny

Orzeczenie ważne w terminie od .....do .....

**3. Udział w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON w okresie 01.04.2023 r. do 31.03.2024r.**

(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)

**4. Dochód na rodzinę przekracza 150% najniższego wynagrodzenia**

- Tak
- Nie

**5. Uczestnictwo w WTZ (Warsztaty Terapii Zajęciowej)**

- Absolwent
- Uczestnik
- Nie bierze udziału

**6. Wykształcenie**

- Przed obowiązkiem szkolnym
- Zajęcia rewalidacyjne
- Niepełne podstawowe
- Podstawowe
- Gimnazjalne
- Zawodowe

**7. 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 nieodwołane i nieodpłatne prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z wizerunkiem moim i mojego dziecka, jako uczestnikami 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 Opiekuna Prawnego Uczestnika 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](mailto: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 2023

Ja, niżej podpisany(a).....  
(imię i nazwisko uczestnika projektu)

nr PESEL:.....

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

Reprezentowany(a) przez: .....  
(imię i nazwisko opiekuna prawnego)

nr PESEL:.....

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

- ✓ dobrowolnie deklaruje 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,
- ✓ zobowiązuję 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 01.04.2023 r. do 31.03.2024 r. 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 opiekuna prawnego Uczestnika Projektu

Fundacja dla Dzieci z Cukrzycą realizuje projektu dofinansowany z funduszy PFRON. Tytuł Projektu:  
**KIERUNEK AKTYWNOŚĆ 2023**

## Umowa uczestnictwa w projekcie

Zawarta w dniu ..... r. w Warszawie pomiędzy:

**Fundacją dla Dzieci z Cukrzycą** z siedzibą w Warszawie 00-031 przy ul. Szpitalnej 5/16, KRS 0000163345, NIP 525 15 80 629, zwaną dalej **Fundacją**, w imieniu której działa Dagmara Staniszewska – Prezes Zarządu

a

**Panem/Panią** .....  
(imię i nazwisko opiekuna prawnego Uczestnika Projektu)

zamieszkałym w .....  
(adres zamieszkania opiekuna prawnego Uczestnika Projektu)

o numerze PESEL: ..... będącym rodzicem/ opiekunem prawnym  
(PESEL opiekuna prawnego Uczestnika Projektu)

Uczestnika Projektu .....  
(imię i nazwisko Uczestnika Projektu/ dziecka)

o numerze PESEL: ....., zwanym dalej **Beneficjentem Ostatecznym**  
(PESEL Uczestnika Projektu/ dziecka)

### §1

#### PRZEDMIOT UMOWY

Przedmiotem niniejszej umowy jest udział Beneficjenta Ostatecznego w projekcie pt.: „**KIERUNEK AKTYWNOŚĆ 2023**” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) w ramach konkursu 1/2022 o zlecenie realizacji zadań pn. „Działamy razem”.

1. Beneficjent Ostateczny zobowiązuje się do uczestniczenia we:
  - 1.1. **wspierciu indywidualnym/ warsztaty indywidualne** w przeciętnym wymiarze **10h /os.**
  - 1.2. **wspierciu grupowym / warsztaty grupowe** w przeciętnym wymiarze:
    - a) **warsztaty stacjonarne:** grupy 8 os./ **8h**
    - b) **warsztaty zdalne/ online:** grupy 5 os. /**9h**

w zakresie wsparcia psychologicznego, dietetycznego, diabetologicznego oraz z nowych technologii diabetologicznych - przydział liczby godzin wsparcia i podział godzin pomiędzy poszczególne formy wsparcia będzie odbywał się na podstawie przeprowadzonej diagnozy potrzeb rehabilitacyjnych – wywiad służący utworzeniu Indywidualnego Planu Działania (IPD)

2. Beneficjent Ostateczny zobowiązuje się do udziału w warsztatach, na które zostanie zapisany na podstawie IPD.

### §2

#### CZAS OBOWIĄZYWANIA UMOWY

Termin rozpoczęcia obowiązywania umowy jest określony datą podpisania umowy, tj. dniem ....., natomiast termin zakończenia obowiązywania umowy jest tożsamy z datą zakończenia realizacji projektu, tj. z dniem 31.03.2024.

### §3

#### PRAWA I OBOWIĄZKI FUNDACJI

1. Fundacja zobowiązuje się:
  - a) przeprowadzić warsztaty zgodnie z IPD (Indywidualnym Planem Działań) utworzonym na podstawie diagnozy deficytów i potrzeb Beneficjenta Ostatecznego

- b) zapewnić wsparcie wykwalifikowanego Zespołu Terapeutycznego gwarantującego prawidłowy przebieg i realizację warsztatów indywidualnych oraz grupowych;
  - c) przekazać Beneficjentowi Ostatecznemu materiały szkoleniowe;
  - d) zapewnić Beneficjentowi Ostatecznemu oraz jego rodzicowi/ opiekunowi prawnemu wyżywienie podczas warsztatów grupowych przewidzianych dla rodziców/ opiekunów prawnych.
3. Fundacja ma prawo do prowadzenia badań ewaluacyjnych projektu z udziałem Beneficjentów Ostatecznych (rodziców/ opiekunów prawnych).
  4. Fundacja zastrzega sobie prawo do odwołania zaplanowanych zajęć z przyczyn od siebie niezależnych. Jednocześnie zobowiązuje się do poinformowania Beneficjenta Ostatecznego o wszelkich zaistniałych zmianach bez zbędnej zwłoki i ustalenia z nim kolejnego terminu zajęć.

#### §4

##### **PRAWA I OBOWIĄZKI BENEFICJENTA OSTATECZNEGO**

1. Beneficjent Ostateczny ma prawo do:
  - a) pełnej informacji dotyczącej swojego uczestnictwa w projekcie, w tym w szczególności o terminach, miejscach i zasadach uczestnictwa w wybranych formach wsparcia przewidzianych w projekcie.
  - b) bezpłatnego udziału w zajęciach, na które się zakwalifikował,
  - c) zgłaszaniu uwag i oceny zajęć, w których uczestniczy,
  - d) otrzymania materiałów i pomocy dydaktycznych przewidzianych do danych zajęć,
1. Beneficjent Ostateczny zobowiązany jest do:
  - a) aktywnego i systematycznego udziału w działaniach projektowych,
  - b) 100% frekwencji we wsparciu wskazanym w IPD,
  - c) podpisania listy obecności podczas realizacji danej formy wsparcia,
  - d) bieżącego informowania o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić dalsze uczestnictwo w Projekcie,
  - e) złożenia dokumentów potwierdzających uczestnictwo w Projekcie,
  - f) wzięcia udziału w badaniach ewaluacyjnych w trakcie trwania projektu.
2. Na wniosek Beneficjenta Ostatecznego dopuszcza się możliwość zmiany terminu warsztatu indywidualnego, pod warunkiem, że zgłosi on fakt niemożności uczestnictwa w wyznaczonym w IPD terminie, jednak nie później niż na 3 dni robocze przed wyznaczonym terminem. Zgłoszenie należy kierować do Koordynatora Lokalnego drogą mailową lub telefoniczną wraz z podaniem przyczyny odwołania warsztatu. Beneficjentowi Ostatecznemu zostanie wyznaczony nowy termin udzielenia wsparcia.
3. W przypadku niezgłoszonych i nieusprawiedliwionych nieobecności Beneficjenta Ostatecznego, Fundacja ma prawo żądać od Beneficjenta Ostatecznego pokrycia kosztów zajęć, na których był on nieobecny.

#### §5

##### **OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH**

1. Administratorem danych osobowych beneficjentów ostatecznych jest Fundacja dla Dzieci z Cukrzycą z siedzibą w Warszawie przy ul. Szpitalnej 5/16, 00-031 Warszawa oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) z siedzibą w Warszawie al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.
2. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zapisów niniejszej umowy.
3. Beneficjentowi Ostatecznemu przysługuje prawo do kontroli procesów przetwarzania jego danych, w tym do ich poprawiania i aktualizowania.
4. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże brak ich podania uniemożliwi Beneficjentowi Ostatecznemu uczestnictwo w programie.

#### §6

##### **REZYGNACJA I WYKLUCZENIE Z PROJEKTU**

1. Rezygnacja Beneficjenta Ostatecznego z udziału w Projekcie jest dopuszczalna w przypadkach uzasadnionych zdarzeniem losowym lub chorobą uniemożliwiającą dalszy udział i wymaga usprawiedliwienia w formie pisemnego oświadczenia o przyczynie rezygnacji, wysłanego w ciągu 7-miu dni od momentu zaistnienia wskazanych przyczyn:
  - a) mailowo w formie skanu do Koordynatora Lokalnego oraz
  - b) za pośrednictwem poczty w oryginale do Biura Projektu.
2. Beneficjent Ostateczny jest zobowiązany do poinformowania Fundacji (w formie pisemnej lub e-mailowej) o rezygnacji, w terminie do 2 dni od momentu zaistnienia przyczyn powodujących konieczność rezygnacji.
3. Fundacja zastrzega sobie prawo skreślenia Beneficjenta Ostatecznego z listy uczestników Projektu w przypadku:
  - a) niezgłoszonej/ nieusprawiedliwionej nieobecności na warsztacie;
  - b) rażącego naruszenia norm społecznych (w szczególności zakłócania przebiegu zajęć uniemożliwiającego prawidłowe ich przeprowadzenie);

- c) podania w dokumentach rekrutacyjnych nieprawdziwych danych i informacji.
5. Decyzję w zakresie wykluczenia Beneficjenta Ostatecznego z udziału w projekcie podejmuje Kierownik Projektu.

## §7

### ZESPÓŁ REALIZUJĄCY PROJEKT

1. Dane teleadresowe

**BIURO PROJEKTU KIERUNEK AKTYWNOŚĆ**

Fundacja dla Dzieci z Cukrzycą, Ul. Szpitalna 5/16, 00-031 Warszawa

e-mail: [kierunek.aktywnosc@fundacja-cukrzyca.pl](mailto:kierunek.aktywnosc@fundacja-cukrzyca.pl); tel.: **602 586 071**

2. Zespół projektowy tworzą:

a) **kierownik projektu:** Dagmara Staniszevska

e-mail: [dagmara.staniszevska@fundacja-cukrzyca.pl](mailto:dagmara.staniszevska@fundacja-cukrzyca.pl); tel. **535 698 135**

b) **koordynator projektu:** Karina Piechocka

e-mail: [kierunek.aktywnosc@fundacja-cukrzyca.pl](mailto:kierunek.aktywnosc@fundacja-cukrzyca.pl); tel.: **537 090 550**

## § 8

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie zmiany treści i uzupełnienia niniejszej Umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej w postaci aneksu.
2. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla każdej ze stron.

## § 9

### DANE OSOBOWE I RODO

1. 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.
2. 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](mailto: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.

.....  
podpis opiekuna prawnego Beneficjenta Ostatecznego

.....  
podpis Kierownika Projektu/ Koordynatora Lokalnego

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

.....  
(Imię i nazwisko Beneficjenta Ostatecznego)

.....  
(Imię i nazwisko opiekuna prawnego Beneficjenta  
Ostatecznego)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. KIERUNEK AKTYWNOŚĆ 2023 zwanym dalej „Projektem”) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka (będącego uczestnikiem projektu) oraz szczególnych kategorii danych osobowych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, c 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 oraz przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem danych osobowych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) oraz Fundacja dla Dzieci z Cukrzycą (Zleceniobiorca) 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](mailto: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.
- 2) zleceniobiorca oraz PFRON prowadzi operacje przetwarzania danych osobowych;
- 3) w przypadku przetwarzania danych osobowych przez PFRON spełnione są przesłanki wynikające z art. 6 ust.1 lit. b,c i e RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. B, c, g RODO –dlatego nie jest konieczne uzyskanie przez PFRON (jako administratora danych osobowych) zgody na przetwarzanie danych osobowych od Uczestników projektu. PFRON przetwarza dane osobowe ww. osób w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez Zleceniobiorcę oraz dla celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych;
- 4) dane osobowe zostaną przekazane do PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu przez Fundację dla Dzieci z Cukrzycą oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez PFRON;
- 5) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
- 6) podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a,c Rozporządzenia Parlamentu i Rady (UE)2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy95/46/WE.
- 7) dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu;
- 8) dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat.
- 9) Po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w ew. szkoleniach, dalszym kształceniu, uzyskaniu kwalifikacji lub nabycia kompetencji w celu realizacji zadań w zakresie monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach projektu.

.....  
Data, miejscowość

.....  
podpis opiekuna prawnego Beneficjenta Ostatecznego