Karta zgłoszenia osoby niepełnosprawnej do projektu w ramach projektu

„Pomoc asystenta – wsparcie osób z niepełnosprawnościami z województwa śląskiego"

Projekt na realizację zadania w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych realizowany przez Caritas Archidiecezji Katowickiej na podstawie umowy z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach konkursu 'Działamy razem" 1/2022

Kierunek pomocy 2. Zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych

Typ projektu Wsparcie realizowane poza placówką (w szczególności: szkolenia, kursy, warsztaty, grupowe i indywidualne zajęcia, usługi wspierające)

Zadanie 13) świadczenie usług wspierających, które mają na celu umożliwienie lub wspomaganie niezależnego życia osób niepełnosprawnych, w szczególności usług asystencji osobistej

I. Dane uczestnika Projektu – osoby niepełnosprawnej:

1. Imię i nazwisko: ……

2. PESEL: ……

3. Data urodzenia: ……

4.. Wykształcenie:

□ niższe niż podstawowe (brak wykształcenia)

□ podstawowe (wykształcenie na poziomie szkoły podstawowej)

□ gimnazjalne (wykształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej)

□ ponadgimnazjalne (wykształcenie na poziomie szkoły średniej lub zasadnicze zawodowe

□ policealne (wykształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)

□ wyższe (wykształcenie na poziomie szkoły wyższej)

5. Adres zamieszkania:

ul. _____ nr _____ /_____

miejscowość: _____ kod pocztowy: _____-_____

gmina: _____

powiat: _____

województwo: _____

6. Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres zamieszkania)

ul. _____ nr _____ /_____

kod pocztowy: _____-_____ miejscowość: _____

7. Telefon kontaktowy: ……

8. Adres email: ……

9. Status na rynku pracy :

☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy

☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy

☐ osoba bierna zawodowo – *osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne).*

☐ osoba pracująca

10. Grupa/stopień niepełnosprawności:

☐ Osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności, która ma długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, psychiczną, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im w sposób istotny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami.
Symbol przyczyny niepełnosprawności:……

☐ Osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, która ma długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, psychiczną, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im w sposób istotny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami.
Symbol przyczyny niepełnosprawności:……..…

☐ Osoba nie zaliczająca się do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności

11. Otrzymuję wsparcie w innym projekcie z zakresu wsparcia asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej:

☐ Tak, proszę wskazać nazwę projektu / instytucję realizującą projekt i czas otrzymywania wsparcia: …….
……

☐ Nie

II. Oświadczenia

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w/w projekcie zawartymi w „Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pomoc asystenta – wsparcie osób z niepełnosprawnościami z województwa śląskiego" akceptuję jego treść i deklaruję chęć uzyskania wsparcia asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.
2. Jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie, zgodnie z jego wymogami.
3. Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Wyrażam zgodę na udział w opracowaniu Indywidualnego Planu Działania mającego na celu wskazanie rodzaju i intensywności wsparcia asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej.
5. Zostałem/łam poinformowany/na i mam świadomość, że złożenie karty zgłoszenia nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.
6. Nie korzystam z tej samej formy wsparcia w ramach kilku równocześnie realizowanych projektach w czasie i terminach zbieżnych z wnioskowanym wsparciem.
7. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które będą przeprowadzane w trakcie trwania projektu i po jego zakończeniu oraz monitoringu wsparcia przez personel projektu.
8. Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku utrwalonego na zdjęciach lub filmach w dowolnych wydawnictwach wykonanych na potrzeby projektu.
9. Zostałem/am poinformowany/na o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w karcie zgłoszenia są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
10. Wyrażam zgodę na przekazywanie wszelkich informacji dotyczących udziału w procesie rekrutacyjnym, udziału we wsparciu drogą mailową/sms lub telefonicznie na wskazane przeze mnie dane w formularzu rekrutacyjnym.

…….. ……

Miejscowość i data *Czytelny podpis kandydata/ki do projektu/opiekuna prawnego*

III. Przetwarzanie danych osobowych

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w ramach projektu „Pomoc asystenta – wsparcie osób z niepełnosprawnościami z województwa śląskiego" realizowanym przez Caritas Archidiecezji Katowickiej na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (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 (Dz. U. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Caritas Archidiecezji Katowickiej 40-042 Katowice, Wita Stwosza 20

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – abi@medialearning.pl,

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych lub podmioty uczestniczące w realizacji zlecenia

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w oparciu o uzasadniony interes realizowany przez administratora i innych przepisów prawa (art. 125a ust. 4 Ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych) i (art. 51u Ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach).

6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową zawarcia umowy

…… ……

Miejscowość i data *Czytelny podpis kandydata/ki do projektu/opiekuna prawnego*

IV. Załączniki

Aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi.

Dokument potwierdzający pełnienie funkcji opiekuna prawnego w stosunku do osoby niepełnosprawnej (jeśli dotyczy)