

FORMULARZ KWALIFIKACYJNY BENEFICJENTA

Projekt pn.: „Cykl obozów usamodzielniających osoby niepełnosprawne”

I. OBOZ USAMODZIELNIAJĄCY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE

1. Miejsce: **Ośrodek EWA, ul. Górna 16, 78-111 Ustronie Morskie**
2. Czas trwania 29.07-10.08.2018r. (12 dni)

II. DANE BENEFICJENTA

1. Imię i nazwisko data urodzenia
2. Adres zamieszkania
województwo..... nr tel. PESEL
3. Rodzaj niepełnosprawności (*krótki opis*)
4. Stopień niepełnosprawności (*zakreślić*): **lekki** **umiarkowany** **znaczny** **do 16 lat**
5. Do poruszania się używam (*w razie potrzeby zakreślić*): **kule rehabilitacyjne** **wózek inwalidzki**
6. Czy uczestniczy w Warsztatach Terapii Zajęciowej? **tak** **nie**
7. Wykształcenie beneficjenta

III. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA BENEFICJENTA

Podać wszystkie ważne informacje o stanie zdrowia, takie jak: uczulenia, jak znosi podróże samochodem, przewlekłe choroby, stałe przyjmowanie leków (jeżeli tak to wpisać dawkowanie) itp.:

.....
.....
.....
.....

IV. OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

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 2016 r. poz. 922 z późn. zm.), do Podlaskiego Stowarzyszenia Sportowego Osób Niepełnosprawnych „START”, ul. Włókiennicza 4, 15-465 Białystok (administratora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji zadania pn.: „**Cykl obozów usamodzielniających osoby niepełnosprawne**”. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy beneficjent ostateczny zadania posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w zadaniu realizowanym zgodnie z „Zasadami wspierania realizacji zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, zleczanych organizacjom pozarządowym przez PFRON”.

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wizerunku przez PSON „START”, ul. Włókiennicza 4, 15-465 Białystok (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 w celach związanych z realizacją zadania: „**Cykl obozów usamodzielniających osoby niepełnosprawne**”, na podstawie ustawy z dnia 24 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
(czytelny podpis pełnoletniego beneficjenta/opiekuna)

V. OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA/OPIEKUNA

- Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że Projekt pn.: „**Cykl obozów usamodzielniających osoby niepełnosprawne**” jest współfinansowany ze środków PFRON i że udział w nim w charakterze beneficjenta jest bezpłatny na podstawie posiadanego ważnego orzeczenia o niepełnosprawności.
- Oświadczam, że zapoznałem(am) się z regulaminem rekrutacji do projektu i go akceptuję.
- Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o celach i spodziewanych efektach oddziaływania Projektu, oraz że nie jestem równocześnie objęty(a) wsparciem w ramach innych projektów dofinansowanych przez PFRON, których cele zakładają osiągnięcie takich samych efektów, poprzez udział w zajęciach:

1. Nauka i doskonalenie pływania	5. Zajęcia z higieny
2. Zajęcia zwiększające aktywność i kreatywność społeczno-zawodową	6. Zajęcia sportowe: lekkoatletyka, tenis stołowy, aerobik, Boccia
3. Zajęcia usprawniające fizykoterapeutyczne	7. Nordic Walking
4. Zajęcia równowagi - nauka jazdy na segway'u	8. Paintball

- Oświadczam że nie mam przeciwwskazań do uczestnictwa w wyżej wymienionych zajęciach.
- Niniejszym zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa i aktywnego udziału w przewidzianych w ramach Projektu zajęciach, oraz w badaniach diagnostycznych i zobowiązuję się do udzielenia niezbędnych informacji dla celów monitoringu i ewaluacji.
- Oświadczam że ja/mój podopieczny jest członkiem jednej z jednostek organizacyjnych Polskiego Związku Sportu Niepełnosprawnych "START".
- W związku ze zgłoszeniem się do udziału w Projekcie, oświadczam że podał(em) wszystkie znane mi informacje, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania obozu usamodzielniającego osoby niepełnosprawne i że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu.
- Jestem świadomy(a) odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.
- Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich niezbędnych zabiegów lub operacji w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu mojego/mojego podopiecznego.
- Zobowiązuję się pokryć wszelkie koszty za ewentualne szkody materialne które wyrządzą ja/mój podopieczny.
- Oświadczam że ja/mój podopieczny został(a) poddany(a) wszelkim wymaganym szczepieniom ochronnym, przeciw chorobom takim jak: tężec, błonica, dur i inne (*jakie*):.....

.....
(data i czytelny podpis pełnoletniego beneficjenta/opiekuna)

.....
(podpis organizatora)