

## KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA

Projekt pn.: „Cykl obozów usamodzielniających osoby niepełnosprawne”

### I. INFORMACJE ORGANIZATORA O OBOZIE USAMODZIELNIAJĄCYM OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE

1. Forma **OBÓZ USAMODZIELNIAJĄCY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE**
2. Adres „Amber Bay”, ul. Turystyczna 81, 16-300 Augustów
3. Czas trwania 18.01-30.01.2018r.

.....  
(podpis organizatora)

### II. OBÓZ USAMODZIELNIAJĄCY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE (dane uczestnika/beneficjenta)

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

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

### III. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA/BENEFICJENTA

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

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

Oświadczam że podałem(am) wszystkie znane mi informacje, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania obozu usamodzielniającego osoby niepełnosprawne.

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

### IV. OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA/OPIEKUNA

1. 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.
2. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o 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. Masaż klasyczny	4. Siatkówka na siedząco	7. Gimnastyka poranna
2. Żeglarstwo lodowe	5. Wyjścia do kina	8. Piesze rajdy
3. Narciarstwo biegowe	6. Zajęcia na śniegu	

3. Niniejszym zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa i aktywnego udziału w przewidzianych w ramach Projektu zajęciach, oraz w badaniach diagnostycznych.

4. Oświadczam że ja/mój podopieczny jest członkiem jednej z jednostek organizacyjnych Polskiego Związku Sportu Niepełnosprawnych "START".

5. W związku ze zgłoszeniem się do udziału w Projekcie, oświadczam że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu.
6. Zobowiązuję się do udzielenia niezbędnych informacji dla celów monitoringu i ewaluacji.
7. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

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

## V. OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA/RODZICA/OPIEKUNA

1. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich niezbędnych zabiegów lub operacji w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu mojego dziecka/podopiecznego.
2. Zobowiązuję się pokryć wszelkie koszty za ewentualne szkody materialne wyrządzone przeze mnie lub mojego podopiecznego.
3. Oświadczam że podopieczny/dziecko zostało poddane wszelkim wymaganym szczepieniom ochronnym, przeciw chorobom takim jak: tężec, błonica, dur i inne (*jakie*):.....

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

## VI. 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 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), do Podlaskiego Stowarzyszenia Sportowego Osób Niepełnosprawnych „START”, ul. Włókiennicza 4, 15-465 Białystok oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 (administratora danych) 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 PSSON „START”, ul. Włókiennicza 4, 15-465 Białystok oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 (administrator danych) 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 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

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

## VII. DECYZJA O KWALIFIKACJI UCZESTNIKA

Postanawia się:

1. Zakwalifikować na obóz usamodzielniający osoby niepełnosprawne w miejscu i terminie z **pkt. I**
2. Odmówić udziału w obozie usamodzielniającym osoby niepełnosprawne ze względu na: .....

.....  
(podpis organizatora)