

FORMULARZ KWALIFIKACYJNY BENEFICJENTA

Projekt pn.: „Cykl obozów usamodzielniających osoby z niepełnosprawnościami”

I. Obóz rozwijające kompetencje społeczne - stacjonarne

1. Miejsce:
2. Czas trwania:

II. DANE BENEFICJENTA

1. Imię i nazwisko data urodzenia

PESEL

2. Adres zamieszkania: województwo powiat
gmina miejscowość kod pocztowy poczta
ulica nr domu nr lokalu nr tel.

3. Rodzaj niepełnosprawności (krótki opis)

4. Stopień niepełnosprawności (zakreślić): ☐ lekki ☐ umiarkowany ☐ znaczny ☐ do 16 lat

5. Do poruszania się używam: ☐ poruszam się samodzielnie ☐ kule rehabilitacyjne ☐ wózek inwalidzki

6. Czy uczestniczy w WTZ/ŚDS? ☐ tak ☐ nie

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 2023r. poz. 100, 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 z niepełnosprawnościami”. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych poprzez systemy informatyczne w tym iPFRON+.

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 (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 z niepełnosprawnościami”, na podstawie ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 poz. 1781). Zostałem(am) także poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

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

V. OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA/OPIEKUNA

1. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że Projekt pn.: „Cykl obozów usamodzielniających osoby z niepełnosprawnościami”, 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 zapoznałem(am) się z regulaminem rekrutacji do projektu i go akceptuję.

3. Oświadczam że zapoznałem/am się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia (ubezpieczenie pobytu zapewnia organizator).
4. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o miejscu odbywania się zajęć, o założonych 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: Obozy rozwijające kompetencje społeczne – stacjonarne (- zajęcia usprawniające kompetencje społeczne; zajęcia rozwijające funkcje poznawcze; zajęcia ruchowe/gimnastyczne; wyjazdy edukacyjno-uspołeczniające; wyjścia do kina/muzeum.
5. Oświadczam że nie mam przeciwwskazań do uczestnictwa w wyżej wymienionych zajęciach.
6. Niniejszym zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa i aktywnego udziału w przewidzianych w ramach Projektu zajęciach, oraz w badaniach diagnostycznych. Zobowiązuję się do udzielenia niezbędnych informacji dla celów monitoringu i ewaluacji. Jednocześnie oświadczam że będę ponosić pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo w drodze do miejsca i z miejsca odbywania się zajęć.
7. W związku ze zgłoszeniem się do udziału w Projekcie, oświadczam że podałem(am) wszystkie znane mi informacje, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania obozu i że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu.
8. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.
9. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich niezbędnych zabiegów lub operacji w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu mojego/mojego podopiecznego.
10. Zobowiązuję się pokryć wszelkie koszty za ewentualne szkody materialne, które wyrządzi ja/mój podopieczny, w czasie i miejscu realizacji zajęć w ramach obozu.
11. Oświadczam że ja/mój podopieczny został(a) poddany(a) wszelkim wymagany szczepieniom ochronnym, przeciw chorobom takim jak: tężec, błonica, dur, COVID-19 i inne (*podać jakie wraz z rokiem szczepienia*):

VI. KLAUZULA RODO

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

-Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Podlaskie Stowarzyszenie Sportowe Osób Niepełnosprawnych START, reprezentowane przez Prezesa zarządu (zwanego dalej jako "Administrator"). Administrator przetwarza Dane Osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych z umów oraz na podstawie udzielonej zgody.

-Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania PSSON START, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować z Prezesem zarządu PSSON START - startbialystok@gmail.com, tel.: 85 652 37 39.

-Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu udzielenia Pani/Panu wsparcia w ramach projektu dofinansowanego ze środków PFRON - udokumentowaniu uczestnictwa w projekcie (łącznie z utrwalaniem i przetwarzaniem wizerunku foto/wideo, ze swobodą w sposobie i zakresie eksploatacji utrwalonego materiału, z możliwością łączenia materiału różnych twórców, wraz z przeniesieniem prawa autorskiego na PSSON START) w ramach projektu. Przetwarzanie danych w celu i na potrzeby zawarcia i wykonywania umów o uczestnictwie w projekcie w tym Państwa dane zostaną przekazane do PFRON za pośrednictwem aplikacji EGW/iPFRON+ w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty i osoby uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa/warunków realizacji niniejszego projektu, osoby upoważnione przez Administratora do przetwarzania danych w ramach wykonywania swoich obowiązków służbowych. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z obowiązujących przepisów, aktualnie: 5 lat od zakończenia projektu/programu.

-Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, żądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie zgody na przetwarzanie i wykorzystanie danych dla potrzeb realizacji projektu jest równoznaczne z rezygnacją z uczestnictwa w projekcie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pani/Pana zgody przed jej wycofaniem. Zgodę może Pani/Pan wycofać poprzez wysłanie oświadczenia o wycofaniu zgody na nasz adres korespondencyjny. Podanie danych osobowych jest niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy o uczestnictwie w projekcie, w zakresie wynikającym z przepisów prawa, wymogów Instytucji wdrażającej/zarządzającej. Podanie innych danych niż wynikających z przepisów jest dobrowolne.

-Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych.

.....
(podpis organizatora)

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