**Formularz zgłoszeniowy do Projektu**

**„Usługi asystenckie w powiecie dzierżoniowskim i świdnickim"**

**I. Dane uczestnika Projektu:**

Imię i nazwisko uczestnika: ...........................................................................................   
Data urodzenia: .....................................................................................................................  
Adres zamieszkania: ............................................................................................................

Obszar: ❒ miejski ❒ wiejski  
Telefon: .......................................................................................................................................  
E-mail: ...........................................................................................................................................

**Dochód uczestnika nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, tj. dla osoby samotnie gospodarującej – 1051 zł netto, dla osoby w rodzinie – 792 zł netto:**

tak □ nie □

**Stopień niepełnosprawności:**

□ lekki

□ umiarkowany

□ znaczny [[1]](#footnote-1)

Informacje na temat ograniczeń osoby z niepełnosprawnością w zakresie komunikowania się

lub poruszania się ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

**II. Oczekiwania dotyczące usług asystenckich**

Częstotliwość realizacji usługi (np. jednorazowo, raz w tygodniu, kilka razy w miesiącu itp.), preferowane dni tygodnia i godziny:

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

Miejsce/miejsca realizacji usługi: (prosimy o określenie miejscowości)

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

**Opis usługi asystenckiej**

W jakim celu potrzebny będzie asystent? (można zaznaczyć kilka):

* podczas przemieszczania się (np. do przychodni, sklepu itp.)
* w załatwianiu spraw w urzędach, ośrodkach zdrowia itd.
* w komunikowaniu się z otoczeniem
* w tłumaczeniu na język migowy
* w nauce
* do korzystania z oferty: edukacyjnej, kulturalnej, sportowej, turystycznej
* w zastępczej opiece nad osobą z niepełnosprawnością, w tym nad dzieckiem
* inne (jakie?)………………………………………………………………………………………………

**III. Oczekiwania względem asystenta:**

………………………………………………………………………………………………….……...…………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**IV. Dane opiekuna prawnego uczestnika Projektu (jeśli dotyczy):**

Imię i nazwisko opiekuna prawnego uczestnika Projektu: ....................................................................................

Telefon:.......................................................

E-mail:..........................................................

**OŚWIADCZENIA I ZGODY**

Ja niżej podpisany/a: ...................................................................................................................................................., oświadczam, że:

* dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą,
* z własnej inicjatywy biorę udział w procesie rekrutacji,
* zostałem/am poinformowany/a, że Projekt „**Usługi asystenckie w powiecie dzierżoniowskim i świdnickim"** realizowany jest w ramach środków PFRON przekazanych przez Samorząd Województwa,?
* zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie **„Usługi asystenckie w powiecie dzierżoniowskim i świdnickim"** i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia,
* oświadczam, że dotychczas korzystałem(łam)/nie korzystałem(łam) z usług asystenta osoby z niepełnosprawnością.

……………………………………………….………………………………………………

(data i **czytelny podpis** kandydata/ki

lub opiekuna prawnego kandydata)

**Potwierdzam uprawnienie do korzystania z usług asystenckich**

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

(podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych dla potrzeb niezbędnych do realizacji umowy, 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**.**

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Fundacja „Manufaktura Inicjatyw” z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. M. Curie-Skłodowskiej 55/61 lok. 405, 406, 50-369 Wrocław, adres email: [biuro@manufakturainicjatyw.pl](mailto:biuro@manufakturainicjatyw.pl)
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi 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.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji niniejszego Projektu,   
   w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań wynikających z obowiązku wobec organu podatkowego i ubezpieczeniowego oraz działań informacyjno-promocyjnych.
4. Podanie danych jest dobrowolne i świadome jednak niezbędne do realizacji celu, o którym mowa w pkt. 3. Dane są przechowywane do momentu zakończenia stosunku prawnego z Fundacją „Manufaktura Inicjatyw” lub złożenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
5. Moje dane nie będę przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej oraz nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji. Mogą być natomiast

przekazywane uprawnionym instytucjom określonym przez przepisy prawa oraz podmiotom przetwarzającym, które świadczą usługi na rzecz Administratora danych i którym te dane są powierzane.

1. Przysługuje mi:
   1. prawo wycofania zgody na przetwarzanie danych w każdej chwili bez podawania przyczyny - nie wpłynie to jednak na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej cofnięciem. Cofnięcie zgody można wnieść poprzez złożenie oświadczenia o wycofaniu zgody w formie mailowej na adres [biuro@manufakturainicjatyw.pl](mailto:biuro@manufakturainicjatyw.pl) lub pisemnie na adres siedziby Administratora,
   2. prawo żądania od Fundacji „Manufaktura Inicjatyw”: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, poprawienia, usunięcia bez podawania przyczyny lub ograniczenia przetwarzania przez określony czas w określonym zakresie, informacji o zakresie przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych – w tym celu należy skontaktować się z nami drogą e-mailowąpodając nazwę i adres podmiotu, do którego mamy przekazać dane oraz ich zakres, tzn. które dane mamy przekazać. Przekazanie nastąpi w formie elektronicznej po potwierdzeniu tego żądania. Potwierdzenie żądania jest potrzebne z uwagi na bezpieczeństwo danych i uzyskanie pewności, że żądanie pochodzi o osoby uprawnionej.
2. Przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. instytucji publicznej odpowiedzialnej za ochronę praw i wolności osób, których dane są przetwarzane (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

|  |  |
| --- | --- |
| ……….……………….…..……………………………………… | …………….……………………………………………………….. |
| Miejscowość i data | (**czytelny podpis** kandydata/ki  lub opiekuna prawnego kandydata ) |
|  |  |

1. do Formularza należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności [↑](#footnote-ref-1)