

Formularz zgłoszeniowy osoby z niepełnosprawnością do projektu „Razem różniej”

Projekt realizowany przez Fundację Rodzin Polskich im. św. Jana Pawła II w ramach konkursu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych „Wspieramy aktywność” nr 1/2024

Dane uczestnika projektu – osoby z niepełnosprawnością: (prosimy uzupełniać DRUKOWANYMI literami)	
Imię i nazwisko:	
PESEL:	
Telefon kontaktowy:	
Email:	
Adres zamieszkania:	ul. _____ nr ____ / ____ miejscowość: _____ kod pocztowy: ____ - ____ gmina: _____ powiat: _____ województwo: _____
Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres zamieszkania)	ul. _____ nr ____ / ____ miejscowość: _____ kod pocztowy: ____ - ____
Dodatkowa osoba do kontaktu np. członek rodziny, sąsiad (imię i nazwisko, numer telefonu):	
Czy został ustanowiony opiekun prawny bądź pełnomocnik dla osoby z niepełnosprawnością?	☐ Tak, opiekun prawny (proszę podać imię i nazwisko oraz przedłożyć wraz z formularzem zgłoszeniowym stosowny dokument): ☐ Tak, pełnomocnik (proszę podać imię i nazwisko oraz przedłożyć wraz z formularzem zgłoszeniowym stosowny dokument): ☐ Nie

Jestem osobą z długotrwale naruszoną sprawnością fizyczną, psychiczną, intelektualną lub w zakresie zmysłów:	☐ Tak ☐ Nie Definicja: osoba z długotrwale naruszoną sprawnością fizyczną, psychiczną, intelektualną lub w zakresie zmysłów to osoba, której sprawność w tych obszarach została istotnie ograniczona przez co najmniej 12 miesięcy lub ma charakter trwały. Uwaga: długotrwałość naruszenia sprawności (...) będzie weryfikowana na podstawie np. orzeczenia o niepełnosprawności, zaświadczenia lekarza specjalisty	
Grupa/stopień niepełnosprawności:	☐ Osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub równoważnym ☐ Osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności lub równoważnym ☐ Osoba niezaliczająca się do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności	
Symbol niepełnosprawności wskazany w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności (możliwych więcej odpowiedzi):	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ 04-O – choroby narządu wzroku ☐ 05-R – upośledzenie narządu ruchu ☐ 06-E – epilepsja ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego ☐ 10-N – choroby neurologiczne ☐ 11-I – inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe ☐ Nie dotyczy (np. orzeczenie ZUS)	
Czy porusza się Pan/Pani (możliwych więcej odpowiedzi):	☐ samodzielnie ☐ z wykorzystaniem sprzętów ortopedycznych ☐ tylko z pomocą innej osoby ☐ jestem osobą leżącą	
Czy jest Pan/Pani osobą samotnie gospodarującą?	☐ Tak ☐ Nie	
Czy zamieszkuje Pan/Pani wyłącznie z inną osobą z orzeczoną niepełnosprawnością i/lub osobą małoletnią?	☐ Tak, wyłącznie z inną osobą z orzeczoną niepełnosprawnością (proszę o podanie numeru orzeczenia o niepełnosprawności osoby wspólnie zamieszkującej):..... ☐ Tak, wyłącznie z inną osobą z orzeczoną niepełnosprawnością i małoletnią (proszę o podanie numeru orzeczenia o niepełnosprawności osoby wspólnie zamieszkującej): ☐ Tak, wyłącznie z osobą małoletnią ☐ Nie	

Czy korzysta Pan/Pani z (proszę zaznaczyć właściwe):	☐ placówki pobytu całodobowego ☐ środowiskowego domu samopomocy ☐ dziennego domu pomocy ☐ warsztatu terapii zajęciowej ☐ wsparcia w podmiotach zatrudnienia socjalnego (ZAZ, CIS, KIS) ☐ świetlicy socjoterapeutyczne j ☐ ośrodka rehabilitacyjno-edukacyjno-wychowawczego
Czy otrzymuje Pan/Pani wsparcie w innym projekcie / programie usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością:	☐ Tak ☐ Nie Uwaga: nie dotyczy opieki wytchnieniowej, usług opiekuńczych, usług sąsiedzkich
Czy wskazuje Pan/Pani asystenta?	☐ Tak , proszę podać imię i nazwisko oraz numer telefonu asystenta: ☐ Nie , proszę podać oczekiwania wobec asystenta (płeć, cechy osobowe, umiejętności):
W jakich dniach potrzebne będzie Pani/Panu wsparcie?	
W jakich godzinach potrzebne będzie wsparcie?	
Ile godzin wsparcia miesięcznie będzie dla Pani/Pana odpowiednie?	
W jakich czynnościach wymaga Pan/Pani wsparcia? <i>Proszę wybrać („X”) wyłącznie te czynności, które świadczyć będzie asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością</i>	
☐ Wykonywanie codziennych czynności oraz funkcjonowanie w życiu społeczno-zawodowym: ☐ korzystanie z toalety ☐ mycie głowy, mycie ciała, kąpiel ☐ czesanie ☐ golenie ☐ obcinanie paznokci rąk i nóg ☐ zmiana pozycji, np. przesiadanie się z łóżka lub na łóżko, z krzesła lub na krzesło, fotel, ułożenie się w łóżku, sadzenie w wózku ☐ zapobieganie powstania odleżyn lub odparzeń ☐ zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych ☐ przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów(w tym poprzez PEG i sondę) ☐ ślanie łóżka i zmiana pościeli ☐ Inne (jakie?)	

- ☐ **Wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie:**
- ☐ w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprzątanie mieszkania w tym urządzeń codziennego użytku i sanitarnych oraz wynoszeniu śmieci
 - ☐ dokonywanie bieżących zakupów (towarzyszenie osobie z niepełnosprawnością w sklepie)
 - ☐ w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – mycie okien maksymalnie 2 razy w roku
 - ☐ utrzymywanie w czystości i sprawności sprzętu ułatwiającego codzienne funkcjonowanie (np. wózek, balkonik, podnośnik, kule, elektryczna szczoteczka do zębów, elektryczna golarka, etc.)
 - ☐ pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością)
 - ☐ podanie dziecka do karmienia, podniesienie, przeniesienie lub przewinięcie go
 - ☐ transport dziecka osoby z niepełnosprawnością np. odebranie ze żłobka, przedszkola, szkoły (wyłącznie w obecności osoby z niepełnosprawnością)
 - ☐ pranie i prasowanie odzieży i pościeli, ewentualnie ich oddawanie i odbiór z pralni (w obecności osoby z niepełnosprawnością)
 - ☐ Inne (jakie?)
- ☐ **Wsparcia w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania:**
- ☐ pchanie wózka osoby z niepełnosprawnością
 - ☐ pomoc w pokonywaniu barier architektonicznych np. schody, krawężniki, otwieranie drzwi osobom chodzącym
 - ☐ pomoc w orientacji przestrzennej osobom niewidomym, słabowidzącym i głuchoniemy
 - ☐ pomoc we wsiadaniu do i wysiadaniu z tramwaju, autobusu, samochodu, pociągu i innych środków transportu
 - ☐ asystowanie podczas podróży środkami komunikacji publicznej, w tym służącymi do transportu osób z niepełnosprawnościami oraz taksówkami
 - ☐ transport samochodem będącym własnością osoby z niepełnosprawnością, członka jej rodziny lub asystenta
 - ☐ Inne (jakie?)
- ☐ **Wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem:**
- ☐ obsługa komputera, tabletu, telefonu komórkowego i innych urządzeń i przedmiotów służących komunikacji
 - ☐ wyjście na spacer
 - ☐ asystowanie podczas obecności osoby z niepełnosprawnością w: kinie, teatrze, muzeum, restauracji, miejscu kultu religijnego, kawiarni, wydarzeniu plenerowym, etc.
 - ☐ załatwianie spraw urzędowych i związanych z poszukiwaniem pracy np. w rozmowie z urzędnikiem w przypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się, wsparcie w wypełnianiu formularzy, asysta podczas rozmowy kwalifikacyjnej
 - ☐ wsparcie w rozmowie z otoczeniem w wypadku trudności z werbalnym komunikowaniem się
 - ☐ notowanie dyktowanych przez osobę z niepełnosprawnością treści ręcznie i na komputerze
 - ☐ pomoc w zmianie ubioru i pozycji podczas wizyt lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych, ćwiczeń fizjoterapeutycznych, pobytu na pływalni itp.
 - ☐ wsparcie w załatwianiu spraw w punktach usługowych w obecności osoby z niepełnosprawnością
 - ☐ Inne (jakie?)

Oświadczenia:**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w/w projekcie zawartymi w „Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Razem różniej”, akceptuję jego treść, jestem uprawniony/a do uczestnictwa zgodnie z wymogami projektu oraz deklaruję chęć uzyskania wsparcia asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością.
2. Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. Wyrażam zgodę w przypadku zakwalifikowania do projektu na udział w spotkaniu z doradcą zawodowym w Biurze Projektu lub w przypadku niepełnosprawności uniemożliwiającej poruszanie się w miejscu zamieszkania celem opracowania Indywidualnego Planu Działania wskazującego rodzaj i intensywność wsparcia asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością jako warunek przystąpienia do projektu.
4. Zostałem/łam poinformowany/na i mam świadomość, że złożenie karty zgłoszenia nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.
5. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które będą przeprowadzane w trakcie trwania projektu i po jego zakończeniu oraz monitoringu wsparcia przez personel projektu.
6. Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku utrwalonego na zdjęciach lub filmach w dowolnych wydawnictwach wykonanych na potrzeby projektu.
7. 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.
8. 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 zgłoszeniowym.

.....
Miejscowość i data**Czytelny podpis kandydata/ki do projektu (opiekuna prawnego)****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 „Razem różniej” realizowanego przez Fundację Rodzin Polskich im. św. Jana Pawła II 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 Fundacja Rodzin Polskich im. św. Jana Pawła II z siedzibą przy ul. Biskupa Teodora Kubiny 5, 41-600 Świętochłowice

- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – kontakt@fundacjarodzin.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

Wykaz składanych dokumentów (proszę zaznaczyć X):

- ☐ Załącznik nr 1 Formularz zgłoszeniowy osoby z niepełnosprawnością do projektu „Razem różniej”
- ☐ Załącznik nr 2 Klauzula informacyjna RODO w ramach projektu (osoba z niepełnosprawnością)
- ☐ Załącznik nr 3 Klauzula informacyjna RODO w ramach projektu (asystent)
- ☐ Załącznik nr 4 Oświadczenie o posiadaniu kwalifikacji do realizacji usług asystencji osobistej
- ☐ Załącznik nr 5 Oświadczenie o posiadaniu udokumentowanego doświadczenia w realizacji usług asystencji osobistej
- ☐ Załącznik nr 6 Kwestionariusz osobowy dla zleceniobiorcy / wykonawcy przyjmującego do wykonania umowę zlecenie / umowę o współpracy
- ☐ Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)
- ☐ Kopia pełnomocnictwa/aktu notarialnego dotyczącego ustanowienia opiekuna prawnego / pełnomocnika
- ☐ Zaświadczenie lekarza specjalisty / kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) wydanego przed aktualnie obowiązującym (tylko w przypadku, gdy z aktualnego orzeczenia nie wynika długotrwale naruszona sprawność fizyczna, psychiczna, intelektualna lub w zakresie zmysłów co oznacza, że sprawność została istotnie ograniczona przez co najmniej 12 miesięcy lub ma charakter trwały)