

Formularz zgłoszeniowy osoby z niepełnosprawnością do projektu „Aktywni razem”

Projekt realizowany przez Fundację Rodzin Polskich im. św. Jana Pawła II w ramach konkursu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych „Siła możliwości” nr 1/2025

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 załączyć stosowny dokument): ☐ Tak, pełnomocnik (proszę podać imię i nazwisko oraz załączyć 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 .

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 ☐ tylko z pomocą innej osoby ☐ z wykorzystaniem sprzętów ortopedycznych ☐ jestem osobą leżącą	
Czy jest Pan/Pani osobą samotnie zamieszkującą i gospodarującą, która nie ma możliwości korzystania ze wsparcia innych osób?	☐ Tak ☐ Nie <i>Definicja: osoba, która prowadzi gospodarstwo domowe samodzielnie, bez osób, które mogłyby jej udzielać pomocy w codziennych sprawach życiowych, takich jak opieka, pomoc finansowa, czy inne formy wsparcia.</i>	
Czy jest Pan/Pani osobą zamieszkującą i gospodarującą wyłącznie z jedną lub więcej osobą/ami z niepełnosprawnością i/ lub osobą małoletnią ?	☐ Tak, mieszkam wyłącznie z osobą/osobami z niepełnosprawnością ☐ Tak, mieszkam wyłącznie z osobą/osobami z niepełnosprawnością oraz osobą małoletnią ☐ Tak, mieszkam wyłącznie z osobą małoletnią ☐ Nie dotyczy	
Czy jest Pan/Pani osobą wspólnie mieszkającą i gospodarującą z inną dorosłą osobą (bez orzeczenia o niepełnosprawności) i /lub z osobą małoletnią?	☐ Tak, mieszkam wyłącznie z inną osobą dorosłą bez orzeczenia o niepełnosprawności ☐ Tak, mieszkam wyłącznie z inną osobą dorosłą bez orzeczenia o niepełnosprawności oraz osobą małoletnią ☐ Nie dotyczy	
Czy korzysta Pan/Pani z (proszę zaznaczyć właściwe):	☐ środowiskowego domu samopomocy ☐ dziennego domu pomocy ☐ warsztatu terapii zajęciowej ☐ zakładu aktywności zawodowej ☐ centrum integracji społecznej ☐ klubu integracji społecznej ☐ świetlicy socjoterapeutycznej ☐ ośrodka rehabilitacyjno-edukacyjno-wychowawczego	

	☐ placówki pobytu całodobowego ☐ szkoły i placówki, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2025 r. poz. 881) ☐ żadne z powyższych
Czy w okresie realizacji projektu od 1 kwietnia 2026 r. będzie Pan/Pani otrzymywał wsparcie w innym projekcie / programie usług asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością na podstawie już zawartej umowy:	☐ Tak, w tym: ☐ Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością dla Organizacji Pozarządowych lub dla Jednostek Samorządu Terytorialnego ☐ konkursy finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych „Wspieramy aktywność” nr 1/2024 i /lub „Siła możliwości” nr 1/2025 w zakresie usług asystencji osobistej ☐ Nie Uwaga: nie dotyczy usług <i>opieki wytchnieniowej, usług opiekuńczych, usług sąsiedzkich</i>
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 oparzeń ☐ zmiana pieluchomajtek i wkładów higienicznych ☐ przygotowanie i spożywanie posiłków i napojów(w tym poprzez PEG i sondę) ☐ stanie łóżka i zmiana pościeli ☐ Inne (jakie?)	
☐ Wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie: ☐ w przypadku samodzielnego zamieszkiwania – sprząatanie 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 „Aktywni razem”, 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 w terminie wskazanym przez Fundację Rodzin Polskich im. św. Jana Pawła II.
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. W przypadku podania nieprawdziwych danych mających wpływ na zakwalifikowanie do projektu lub udzielone wsparcie — zobowiązuję się do zwrotu pełnych kosztów dotyczących udziału w projekcie.
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.
9. Zobowiązuję się pisemnie poinformować o każdej zmianie danych w terminie 7 dni od daty zaistnienia zmiany.
10. Przyjmuję do wiadomości, że Fundacja Rodzin Polskich im. św. Jana Pawła II ma prawo weryfikować prawdziwość podanych informacji, w tym w miejscu zamieszkania oraz u innych realizatorów projektów/ programów usług asystencji osobistej.

.....
Miejscowość i data

.....
**Czytelny podpis kandydata/ki do projektu
 (opiekuna prawnego/pełnomocnika)**

Przetwarzanie danych osobowych:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgłoszeniowym dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia procesu rekrutacji oraz realizacji projektu „Aktywni razem” realizowanego przez Fundację Rodzin Polskich im. św. Jana Pawła II w ramach konkursu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych „Siła możliwości” nr 1/2025.

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych oraz w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO) informujemy, że:

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. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: kontakt@fundacjarodzin.pl).
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu:
 - przeprowadzenia procesu rekrutacji do projektu,
 - realizacji wsparcia w ramach projektu,
 - monitoringu, sprawozdawczości oraz kontroli projektu przez podmioty uprawnione.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest:
 - art. 6 ust. 1 lit. b RODO – przetwarzanie niezbędne do wykonania umowy lub podjęcia działań przed jej zawarciem,

- art. 6 ust. 1 lit. c RODO – wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,
- art. 9 ust. 2 lit. b RODO – przetwarzanie szczególnych kategorii danych (dotyczących zdrowia) w związku z realizacją obowiązków wynikających z przepisów prawa w zakresie rehabilitacji społecznej osób z niepełnosprawnościami.

5. Odbiorcami danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa, w szczególności Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, a także podmioty uczestniczące w realizacji projektu.

6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji projektu oraz przez czas wymagany przepisami prawa dotyczącymi archiwizacji dokumentacji projektowej.

7. Posiada Pani/Pan prawo do:

- dostępu do swoich danych osobowych,
- sprostowania danych,
- ograniczenia przetwarzania,
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do udziału w procesie rekrutacji i realizacji wsparcia w ramach projektu

Wykaz składanych dokumentów (proszę zaznaczyć X):

- ☐ Załącznik nr 1 Formularz zgłoszeniowy osoby z niepełnosprawnością do projektu „Aktywni razem”
- ☐ Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)
- ☐ Kopia pełnomocnictwa/aktu notarialnego dotyczącego ustanowienia opiekuna prawnego / pełnomocnika (jeśli dotyczy)
- ☐ Zaświadczenie lekarza specjalisty / kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) wydane 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)
- ☐ Załącznik nr 2 Oświadczenie o posiadaniu kwalifikacji do realizacji usług asystencji osobistej (jeśli dotyczy)
- ☐ Załącznik nr 3 Oświadczenie o posiadaniu udokumentowanego doświadczenia w realizacji usług asystencji osobistej (jeśli dotyczy)
- ☐ Załącznik nr 4 Kwestionariusz osobowy dla zleceniobiorcy / wykonawcy przyjmującego do wykonania umowę zlecenie / umowę o współpracy jako asystent osobisty