



Projekt: „Droga do samodzielności- specjalistyczne wsparcie rehabilitacyjno- terapeutyczne dla dzieci z niepełnosprawnością”

współfinansowany ze środków PFRON



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

kierunek pomocy 2: zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych
typ projektu : Prowadzenie rehabilitacji w placówce (rehabilitacja ciągła)
Zadanie 1 pn. Prowadzenie rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnych typach placówek

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Załącznik nr 1

Zgłaszam swoje dziecko do udziału w projekcie:

„Droga do samodzielności- specjalistyczne wsparcie rehabilitacyjno - terapeutyczne dla dzieci z niepełnosprawnością”

III okres realizacji projektu 01.04.2025 – 31.03.2026

Imię i nazwisko dziecka: _____

Data urodzenia dziecka: _____ PESEL: _____

Imię i nazwisko rodzica: _____

Adres zameldowania dziecka : _____

(kod pocztowy, miasto, ulica)

_____ (powiat)

_____ (województwo)

Adres zamieszkania dziecka : _____

(kod pocztowy, miasto, ulica)

_____ (powiat)

_____ (województwo)

Telefon kontaktowy: _____ - _____ - _____ / _____ - _____ - _____

E-mail:

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA:

Schorzenia występujące u dziecka:

-
-
-

Czy dziecko posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności ?: TAK* / NIE

*Termin ważności orzeczenia od do

Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności stanowi załącznik do formularza zgłoszeniowego

Czy dziecko uczęszcza do przedszkola/szkoły ?: TAK* / NIE / NIE DOTYCZY

*Moje dziecko uczęszcza do

Czy dziecko uczęszcza na zajęcia realizowane w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka ?:

TAK* / NIE / NIE DOTYCZY

*Jeśli tak proszę podać ile godzin wsparcia otrzymuje dziecko, ile razy w tygodniu oraz w jakiej placówce

.....
.....

Czy dziecko uczęszcza na zajęcia specjalistyczne do innej placówki rehabilitacyjnej – poza Fundacją ?

TAK* / NIE / NIE DOTYCZY

*Jeśli tak proszę podać jakie są to zajęcia oraz w jakiej placówce są realizowane

.....
.....

(podpis rodzica)



Projekt: „Droga do samodzielności- specjalistyczne wsparcie rehabilitacyjno- terapeutyczne dla dzieci z niepełnosprawnością”

współfinansowany ze środków PFRON



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

kierunek pomocy 2: zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych
typ projektu : Prowadzenie rehabilitacji w placówce (rehabilitacja ciągła)
Zadanie 1 pn. Prowadzenie rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnych typach placówek

**II. INNE ISTOTNE PAŃSTWA ZDANIEM INFORMACJE DLA KADRY
TERAPEUTYCZNEJ W ZWIĄZKU Z REALIZACJĄ PROJEKTU:**

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

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH:

	Matka/Opiekunka Prawna	Ojciec/Opiekun Prawny
Nazwisko i imię		
Miejsce zamieszkania		
Telefon kontaktowy		

IV. INFORMACJE DODATKOWE DOTYCZĄCE RODZINY DZIECKA

Rodzina: pełna / niepełna */niepotrzebne skreślić/*

Ilość osób zamieszkujących wspólnie w gospodarstwie domowym:

Rodzeństwo:

.....
(imię i nazwisko) (data urodzenia)

.....
(imię i nazwisko) (data urodzenia)

.....
(imię i nazwisko) (data urodzenia)

**V. OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCE
PRZYPROWADZANIA I ODBIERANIA DZIECKA Z ZAJĘĆ**

Oświadczam, iż oprócz rodziców/opiekunów prawnych dziecka, mogą przyprować je i odbierać z zajęć (zapewniając mu bezpieczeństwo) niżej wymienione pełnoletnie osoby:

1.....
(imię i nazwisko) (PESEL) (pokrewieństwo)

2.....
(imię i nazwisko) ((PESEL) (pokrewieństwo)

3.....
(imię i nazwisko) (PESEL) (pokrewieństwo)

.....
(czytelny podpis rodzica(ów)/prawnych opiekunów)



Projekt: „Droga do samodzielności- specjalistyczne wsparcie rehabilitacyjno- terapeutyczne dla dzieci z niepełnosprawnością”

współfinansowany ze środków PFRON



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

kierunek pomocy 2: zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych
typ projektu : Prowadzenie rehabilitacji w placówce (rehabilitacja ciągła)

Zadanie 1 pn. Prowadzenie rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnych typach placówek

VI. OŚWIADCZENIE RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW

Oświadczam, że wszystkie podane w niniejszej karcie zgłoszeniowej dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz zobowiązuję się do powiadomienia Fundacji Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Ami” w Zduńskiej Woli o wszelkich zmianach w podanych wyżej informacjach dotyczących zmiany adresu, telefonów oraz stanu zdrowia dziecka. Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za założenie fałszywego oświadczenia. Poświadczenie nieprawdy prowadzi do odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Ustawy z dn. 6 czerwca 1997 r. KK (tj. Dz.U. z 2018r. poz.1600 ze zm.)

.....
(czytelny podpis rodzica(ów)/prawnych opiekunów)

VII. ZGODY DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka, oraz wykorzystanie wizerunku mojego dziecka na zdjęciach i nagraniach w publikacjach i materiałach w celu realizacji zadań statutowych Fundacji Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Ami” w Zduńskiej Woli zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. Nr 133, poz. 883.

.....
(czytelny podpis rodzica(ów)/prawnych opiekunów)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez **Fundację Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „AMI” z siedzibą przy ulicy Getta Żydowskiego 34 w Zduńskiej Woli**, a także firm współpracujących oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13 (administrator danych) w celach związanych z realizacją „Zasad zlecenia przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym”, zgodnie z umową z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
(czytelny podpis rodzica(ów)/prawnych opiekunów)

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO” informuję, że:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Ami” z siedzibą na ul. Getta Żydowskiego 34 98-220 Zduńska Wola;
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6. Ust. 1 lit. b) i c) RODO w celu przeprowadzenia rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Droga do samodzielności- specjalistyczne wsparcie rehabilitacyjno- terapeutyczne dla dzieci z niepełnosprawnością” III rok współfinansowanego ze środków PFRON;
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z umowy o dofinansowanie projektu, w ramach którego projekt jest współfinansowany;
- odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w związku z wdrażaniem projektu (w tym wykonawcy zadania), w ramach którego finansowane jest zamówienie oraz inne podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa;
- dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 rozporządzenia RODO;



Projekt: „Droga do samodzielności- specjalistyczne wsparcie rehabilitacyjno- terapeutyczne dla dzieci z niepełnosprawnością”

współfinansowany ze środków PFRON



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

kierunek pomocy 2: zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych
typ projektu : Prowadzenie rehabilitacji w placówce (rehabilitacja ciągła)

Zadanie 1 pn. Prowadzenie rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnych typach placówek

- podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
- posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia, przetwarzania, prawo do sprzeciwu;
- nie posiada Pani/Pan prawa do usunięcia danych;
- ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

.....
(czytelny podpis rodzica(ów)/prawnych opiekunów)

Informacja rodzica o możliwości udziału dziecka w zajęciach specjalistycznych projektu

„Droga do samodzielności- specjalistyczne wsparcie rehabilitacyjno - terapeutyczne dla dzieci z niepełnosprawnością”

III okres realizacji projektu 01.04.2025 – 31.03.2026

Planowana realizacja godzin projektowych przypada w godzinach 8:00-16:00 poza godzinami zajęć dydaktycznych w szkole. W związku z rekrutacją do „Droga do samodzielności - specjalistyczne wsparcie rehabilitacyjno- terapeutyczne dla dzieci z niepełnosprawnością” informuje, iż moje dziecko może uczestniczyć w zajęciach w następujących dniach i godzinach. Proszę podać szczegółowo możliwe godziny zajęć, tym samym proszę wpisać w przypadku dzieci przedszkolnych, szkolnych plany zajęć.* /proszę podać szczegółowo/:

Dzień tygodnia	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota (ewentualnie)
godziny dyspozycyjności do zajęć						
inne informacje/ godziny w szkole/ przedszkolu						

.....
(podpis rodzica)

***w przypadku braku możliwości techniczno – organizacyjnych Fundacji związanych z przedstawionym planem zajęć, dopuszcza się brak zakwalifikowania dziecka do projektu.**