|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formularz rekrutacyjny** | | | |
| **ORGANIZATOR I PROJEKT** | | | |
| **ORGANIZATOR** | | **Dorotkowo. Fundacja na rzecz Doroty Targowskiej i Jej Przyjaciół** | |
| **Tytuł projektu** | | *Dorotkowe wsparcie na starcie. Rehabilitacja dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami, w szczególności obciążonych Trisomią 21.* | |
| **Czas trwania projektu** | | 2.01.2018 r. – 31.03.2019 r. | |
| **BENEFICJENT OSTATECZNY (BO/UCZESTNIK) PROJEKTU** | | | |
| **Dane osobowe BO** | **Imię (imiona) BO** | |  |
| **Nazwisko BO** | |  |
| **Data i miejsce urodzenia BO** | |  |
| **PESEL BO** | |  |
| **Przyczyna niepełnosprawności** (*należy wpisać nazwę anomalii genetycznej lub choroby neurologicznej*) | |  |
| **Orzeczenie o niepełnosprawności**  **(nr i data ważności)** | |  |
| **Dane teleadresowe BO/rodzica BO /opiekuna prawnego BO** | **Miejscowość** | |  |
| **Ulica i numer domu** | |  |
| **Kod pocztowy, poczta** | |  |
| **Powiat** | |  |
| **Województwo** | |  |
| **Telefon domowy** | |  |
| **Telefon komórkowy** | |  |
| **Adres poczty elektronicznej** | |  |
| **Inne** | **Czy BO jest objęty opieką/pracuje zawodowo?** | | Żłobka/ przedszkola/obowiązkiem szkolnym/nie jest objęty opieką żadnej z wymienionych instytucji/pracuje zawodowo\* |
| **Czy BO korzystał już ze wsparcia udzielonego przez Dorotkowo. Fundacja na Rzecz Doroty Targowskiej i Jej Przyjaciół?** | | TAK / NIE\*  Tytuł projektu: |

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

Miejsce, data i czytelny podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego/opiekuna uczestnika\*

\* - niepotrzebne skreślić

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA**

Ja niżej podpisany/a zgłaszam uczestnictwo dziecka, którego jestem rodzicem/przedstawicielem ustawowym lub opiekunem prawnym\*

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

Imię i nazwisko BO

w projekcie *Dorotkowe wsparcie na starcie. Rehabilitacja dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami, w szczególności obciążonych Trisomią 21*, realizowanego przez fundację **Dorotkowo. Fundacja na rzecz Doroty Targowskiej i Jej Przyjaciół** i współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacyjny Osób Niepełnosprawnych.

Przystępując do projektu oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz akceptuję go w całości.

Zgłoszenie do projektu zostaje uznane za złożone jedynie łącznie z:

* aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności;
* podpisanym czytelnie oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych;
* dokumentem poświadczającym Trisomię 21, rzadką anomalię genetyczną lub jednostkę chorobową o podłożu neurologicznym;
* oświadczeniem przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego dziecka o miejscu zamieszkania BO;
* oświadczeniem przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego o niekorzystaniu przez BO z zajęć logopedycznych, ruchowych w ramach projektów dofinansowanych z PFRON w czasie uczestnictwa w projekcie *Dorotkowe wsparcie na starcie. Rehabilitacja dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami, w szczególności obciążonych Trisomią 21.*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu *Dorotkowe wsparcie na starcie. Rehabilitacja dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami, w szczególności obciążonych Trisomią 21.* Wyrażam zgodę na udostępnianie zdjęć dziecka, którego jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym\* na stronie internetowej „Dorotkowa” na Facebooku oraz w drukach Fundacji, publikacjach promocyjnych, w których mowa o projektach realizowanych przez Fundację, a w szczególności o projekcie *Dorotkowe wsparcie na starcie. Rehabilitacja dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami, w szczególności obciążonych Trisomią 21*.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Miejsce, data i czytelny podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego/opiekuna uczestnika\*

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**WYPEŁNIA BIURO PROJEKTU**

Beneficjent ostateczny (uczestnik) zakwalifikowany do *Dorotkowe wsparcie na starcie. Rehabilitacja dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami, w szczególności obciążonych Trisomią 21*.

…………………………………………….………………………………

Data i podpis kierownika projektu

\*niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA BO**

Świadomy/a odpowiedzialności za podawanie informacji niezgodnych z prawdą, ja niżej podpisany/a oświadczam, że dziecko, którego jestem rodzicem/przedstawicielem ustawowym lub opiekunem prawnym\*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko BO

Mieszka pod adresem:

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość: |  |
| Ulica i numer domu: |  |
| Kod pocztowy i poczta: |  |
| Powiat: |  |
| Województwo: |  |

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

Miejsce, data i czytelny podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego/opiekuna uczestnika\*

\*niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE O NIEKORZYSTANIU ZE WSPARCIA PFRON**

Świadomy/a odpowiedzialności za podawanie informacji niezgodnych z prawdą, ja niżej podpisany/a oświadczam, że dziecko, którego jestem rodzicem/przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym \*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko uczestnika projektu

nie będzie uczestniczyć w trakcie trwania projektu *Dorotkowe wsparcie na starcie. Rehabilitacja dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami, w szczególności obciążonych Trisomią 21* w zajęciach logopedyczno-pedagogicznych, ani w terapii ruchowej w ramach projektów finansowanych ze środków pochodzących z PFRON.

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

Miejsce, data i czytelny podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego/opiekuna uczestnika\*

\*niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH   
PRZEZ REALIZATORA PROJEKTU ORAZ PFRON**

Dane osobowe przekazane przez rodziców/opiekunów prawnych BO *Dorotkowe wsparcie na starcie. Rehabilitacja dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami, w szczególności obciążonych Trisomią 21* realizatorowi projektu tj. organizacji pozarządowej **Dorotkowo. Fundacja na rzecz Doroty Targowskiej i Jej Przyjaciół** z siedzibą w Toruniu przy ul. Szosa Chełmińska 254/258 (administratora danych) oraz Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji projektu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik projektu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w projekcie.

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych dziecka, którego jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym (*o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić* ):

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

*(imię i nazwisko BO)*

przez Realizatora projektu tj. **Dorotkowo. Fundacja na rzecz Doroty Targowskiej i Jej Przyjaciół** z siedzibą w Toruniu przy ul. Szosa Chełmińska 254/258 (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją projektu *Dorotkowe wsparcie na starcie. Rehabilitacja dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami, w szczególności obciążonych Trisomią 21* zgodnie z ustawą 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.

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

*Data i podpis osoby składającej oświadczenie*