

FORMULARZ REKRUTACYJNY

| ORGANIZATOR I PROJEKT | | |
|---|--|---|
| Organizator: | Dorotkowo. Fundacja na rzecz Doroty Targowskiej i Jej Przyjaciół | |
| Tytuł projektu: | Dorotkowe Centrum Rehabilitacji. Terapia dzieci, młodzieży i dorosłych z Zespołem Downa z Bydgoszczy i powiatu bydgoskiego. | |
| Czas trwania projektu: | od 1.04.2021 do 31.03.2024 r. | |
| BENEFICJENT OSTATECZNY (BO/UCZESTNIK PROJEKTU) | | |
| Dane osobowe BO | Imię (imiona) BO | |
| | Nazwisko BO | |
| | Data i miejsce urodzenia BO | |
| | PESEL BO | |
| | Orzeczenie o niepełnospraw. (data ważności) | |
| Dane teleadresowe BO/rodzica BO/opiekuna prawnego BO <i>(należy wpisać dane osoby, z którą zostanie podpisana umowa)</i> | Imię i nazwisko | |
| | Miejscowość | |
| | Ulica i numer domu | |
| | Kod pocztowy, poczta | |
| | Powiat | |
| | Województwo | |
| | Nry telefonów obojga opiekunów prawnych | |
| | Adres poczty elektronicznej | |
| Inne | Czy BO jest objęty opieką/pracuje zawodowo? <i>zaznacz odpowiednio</i> | <input type="checkbox"/> żłobka <input type="checkbox"/> przedszkola <input type="checkbox"/> szkoły <input type="checkbox"/> nie jest objęty opieką żadnej z ww instytucji <input type="checkbox"/> SUO <input type="checkbox"/> WWR <input type="checkbox"/> pracuje zawodowo <input type="checkbox"/> absolwent/ka WTZ <input type="checkbox"/> uczestnik/ka WTZ <input type="checkbox"/> nie uczestniczył/a w WTZ |
| | Czy rodzice/opiekunowie BO pracują/jedno z nich pobiera świadczenie pielęgnacyjne z tytułu opieki nad niepełnosprawnym BO? <i>zaznacz odpowiednio</i> | <input type="checkbox"/> rodzice/opiekunowie oboje pracują <input type="checkbox"/> z uwagi na niepełnosprawność BO określoną w orzeczeniu o niepełnosprawności jedno z rodziców/opiekunów nie pracuje |
| | Czy BO korzystał już ze wsparcia udzielonego przez Dorotkowo. Fundacja na rzecz Doroty Targowskiej i Jej Przyjaciół? <i>zaznacz odpowiednio</i> | <input type="checkbox"/> tak (skrót tytułu projektu i lata korzystania, np. <i>Do świata, 2020-21</i>):) <input type="checkbox"/> nie |

.....
Miejsce, data i czytelny podpis BO/rodzica/opiekuna prawnego

Pomysł i realizacja:



Dofinansowanie:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

INFORMACJA NA TEMAT OGÓLNEGO STANU ZDROWIA BO
(podstawowe informacje niezbędne do określenia form udzielanego wsparcia)

.....
(imię i nazwisko BO)

| Lp. | OGÓLNY STAN ZDROWIA | TAK | NIE |
|-----|---|-----|-----|
| 1. | Wiotkość mięśni | | |
| 2. | Chodzi | | |
| 3. | Skolioza | | |
| 4. | Koślawość kolan | | |
| 5. | Płaskostopie | | |
| 6. | Zaburzenia integracji sensorycznej | | |
| 7. | Nadwrażliwość na dotyk | | |
| 8. | Nadwrażliwość na dźwięki | | |
| 9. | Niedosłuch (jeśli tak, w pkt. 24 „INNE”, należy określić rodzaj i stopień ubytku) | | |
| 10. | Głuchota | | |
| 11. | Wada wzroku | | |
| 12. | Wady układu pokarmowego | | |
| 13. | Wady serca | | |
| 14. | Epilepsja | | |
| 15. | Wodogłowie | | |
| 16. | Brak mowy czynnej (nie mówi) | | |
| 17. | Mowa czynna śladowa | | |
| 18. | Mówi, ale niewyraźnie | | |
| 19. | Mówi płynnie | | |
| 20. | Nie zna polskiego alfabetu i nie czyta | | |
| 21. | Zna alfabet, ale jeszcze nie czyta | | |
| 22. | Czyta powoli i niewyraźnie | | |
| 23. | Czyta płynnie | | |
| 24. | INNE (krótko, wskaż jakie) | | |

.....
Miejsce, data i czytelny podpis BO/ opiekuna prawnego*

*niepotrzebne skreślić

2

Pomysł i realizacja:



Dofinansowanie:



DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja niżej podpisany/a zgłaszam chęć uczestnictwa

.....
Imię i nazwisko uczestnika projektu (BO)

w następujących FORMACH WSPARCIA INDYWIDUALNEGO:

- terapia logopedyczno-pedagogiczna
- terapia ruchowa z elementami integracji sensorycznej
- terapia rewalidacyjna
- terapia psychologiczna
- kynoterapia

I GRUPOWEGO:

- zajęcia opiekuńczo-wychowawcze

organizowanych w ramach w projekcie: *Dorotkowe Centrum Rehabilitacji. Terapia dzieci, młodzieży i dorosłych z Zespołem Downa z Bydgoszczy i powiatu bydgoskiego* realizowanego przez Dorotkowo. Fundację na rzecz Doroty Targowskiej i Jej Przyjaciół i współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacyjny Osób Niepełnosprawnych.

.....
Miejsce, data i czytelny podpis BO/opiekuna prawnego*

*Prosimy nie zgłaszać chęci udziału w terapiach, z których nie będziecie Państwo korzystać po rozpoczęciu zajęć.
Prosimy o przemyślane decyzje! (Zarząd Dorotkowa)*

Zgłoszenie do projektu zostaje uznane za złożone jedynie łącznie z:

- aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności,
- podpisanym czytelnie oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz o zapoznaniu się z treścią i zaakceptowaniu zapisów regulaminu,
- dokumentem poświadczającym Trisomię 21,
- zaświadczeniem od lekarza specjalisty (neurologa/neurologa dziecięcego lub lekarza rehabilitacji) o braku przeciwwskazań do terapii (z wyszczególnieniem terapii, z których korzystać będzie BO),
- oświadczeniem BO/opiekuna prawnego dziecka o miejscu zamieszkania BO,
- oświadczeniem BO/opiekuna prawnego o niekorzystaniu przez BO z zajęć logopedyczno-pedagogicznych, ruchowych z elementami integracji sensorycznej, rewalidacyjnych, psychologicznych w ramach projektów dofinansowanych z PFRON w czasie uczestnictwa w projekcie *Dorotkowe Centrum Rehabilitacji. Terapia dzieci, młodzieży i dorosłych z Zespołem Downa z Bydgoszczy i powiatu bydgoskiego*,
- informacją BO/opiekuna prawnego o stanie zdrowia BO.

OŚWIADCZENIA I ZGODY

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz klauzulą informacyjną RODO dla uczestników projektu.

.....
Miejsce, data i czytelny podpis BO/opiekuna prawnego*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka przez Dorotkowo i PFRON w celu przeprowadzenia rekrutacji do projektu *Dorotkowe Centrum Rehabilitacji. Terapia dzieci, młodzieży i dorosłych z Zespołem Downa z Bydgoszczy i powiatu bydgoskiego*.

.....
Miejsce, data i czytelny podpis BO/opiekuna prawnego*

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na udostępnianie zdjęć dziecka, którego jestem /opiekunem prawnym/swoich zdjęć* 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 Centrum Rehabilitacji. Terapia dzieci, młodzieży i dorosłych z Zespołem Downa z Bydgoszczy i powiatu bydgoskiego*

.....
Miejsce, data i czytelny podpis BO/opiekuna prawnego*

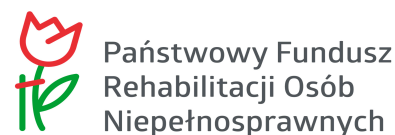
Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji dotyczących projektu *Dorotkowe Centrum Rehabilitacji. Terapia dzieci, młodzieży i dorosłych z Zespołem Downa z Bydgoszczy i powiatu bydgoskiego* drogą elektroniczną bez konieczności kodowania.

.....
Miejsce, data i czytelny podpis BO/opiekuna prawnego*

Pomysł i realizacja:



Dofinansowanie:



OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA BO

Świadomy(a) odpowiedzialności za podawanie informacji niezgodnych z prawdą ja niżej podpisany/a oświadczam, że zamieszkuje/że dziecko, którego jestem przedstawicielem ustawowym zamieszkuje* (niepotrzebne skreślić)

.....
Imię i nazwisko uczestnika projektu (BO)

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

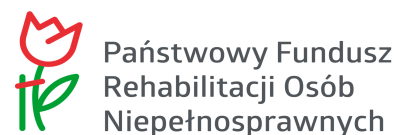
.....
Miejsce, data i czytelny podpis BO/ opiekuna prawnego BO*

*niepotrzebne skreślić

Pomysł i realizacja:



Dofinansowanie:



OŚWIADCZENIE O NIEKORZYSTANIU ZE WSPARCIA PFRON

Świadomy/a odpowiedzialności za podawanie informacji niezgodnych z prawdą (mogących skutkować skreśleniem z listy uczestników projektu) ja niżej podpisany oświadczam, że:

.....
Imię i nazwisko TYLKO PEŁNOLETNIEGO BO (DOROSŁEGO dziecka z niepełnosprawnością, uczestnika projektu)

że dziecko, którego jestem opiekunem prawnym*:

.....
Imię i nazwisko NIEPEŁNOLETNICH LUB PEŁNOLETNICH, ALE UBEZWLASNOWOLNIONYCH BO

nie będę / nie będzie* uczestniczyć w trakcie trwania projektu *Dorotkowe Centrum Rehabilitacji. Terapia dzieci, młodzieży i dorosłych z Zespołem Downa z Bydgoszczy i powiatu bydgoskiego* w zajęciach tożsamyh z tymi do jakich zostanie zakwalifikowane w ramach innych projektów finansowanych ze środków pochodzących z PFRON.

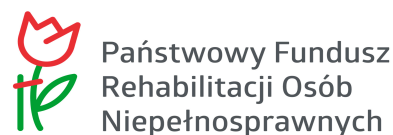
.....
Miejsce, data i czytelny podpis BO/opiekuna prawnego*

*niepotrzebne skreślić

Pomysł i realizacja:



Dofinansowanie:



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

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest realizator projektu tj. organizacja pozarządowa Dorotkowo. Fundacja na rzecz Doroty Targowskiej i Jej Przyjaciół z siedzibą w Toruniu przy ul: Szosa Chełmińska 254/258 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13.
2. Osobą wyznaczoną przez Administratora do nadzoru nad prawidłowością przetwarzania danych jest Inspektor Ochrony Danych, e-mail: ido@dorotkowo.pl.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane na podstawie udzielonej zgody w związku art. 6 ust. 1 lit. a 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 (tzw. RODO)
4. Administrator gromadzi i przetwarza następujące dane osobowe:
 - a) w przypadku Beneficjentów Ostatecznych Projektu: imiona, nazwisko, data i miejsce urodzenia, imiona rodziców, miejsce zamieszkania, PESEL, niepełnosprawność, przyczyna niepełnosprawności, przebieg rehabilitacji i leczenia, informacja o stanie zdrowia,
 - b) w przypadku rodziców i opiekunów Beneficjentów Ostatecznych Projektu: imiona, nazwisko, miejsce zamieszkania, PESEL, sytuacja rodzinna (liczebność rodziny; choroby), mail, telefon.
5. Dane osobowe będą przetwarzane w celu:
 - a) rekrutacji do projektu,
 - b) zorganizowania, przeprowadzenia i ewaluacji form wsparcia przewidzianych w projekcie (dotyczy osób zakwalifikowanych do udziału w projekcie),
 - c) skonsultowania stanu zdrowia uczestnika projektu (BO) ze specjalistami rehabilitacji, terapii i medycyny, aby udzielić optymalnego wsparcia,
 - d) na podstawie odrębnie udzielonej zgody - udokumentowania i upublicznienia zdjęć i nagrań filmowych z realizacji przewidzianych w Projekcie form wsparcia na stronie internetowej www.dorotkowo.pl a także w profilach Fundacji prowadzonych w mediach społecznościowych oraz w drukach i publikacjach promocyjnych wydawanych przez Fundację.
6. Dane osobowe będą przechowywane:
 - a) w przypadku osób zakwalifikowanych do udziału w projekcie – w terminie do 5 lat od zakończenia realizacji projektu,
 - b) w przypadku osób niezakwalifikowanych do udziału w Projekcie – w terminie do 2 miesięcy od zakończenia realizacji projektu,
7. Państwa dane osobowe zostaną przekazane Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych za pośrednictwem systemu Ewidencji Godzin Wsparcia w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez PFRON.
8. Państwa dane osobowe mogą być przekazywane przez Administratora osobom lub instytucjom uprawnionym do przeprowadzania audytów i kontroli związanych z realizacją Projektu i działań statutowych Fundacji.
9. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych osobowych przekazanych Administratorowi, prawo do ich sprostowania, usunięcia ("zapomnienia"), przenoszenia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania a także do wycofania zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego ochrony danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Państwa dane nie będą profilowane ani przetwarzane w sposób zautomatyzowany.
12. Dane dotyczące stanu zdrowia uczestników gromadzone będą na potrzeby konsultacji stanu zdrowia ze specjalistami rehabilitacji, terapii i medycyny w celu udzielenia optymalnego wsparcia.